

TESIS DOCTORAL

Bertha Margarita Viñas Velázquez

VNIVERSITAT [Ψ] Facultat de  
E VALÈNCIA Psicología

Departament de Personalitat, Avaluació i  
Tractaments Psicològics  
Programa de Doctorado 3054: Psicología de la Salud



**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE HIPNÓTICA EN  
MUJERES VIOLENTADAS POR SU PAREJA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:  
BERTHA MARGARITA VIÑAS VELÁZQUEZ

Dirigida por:  
DR. ANTONIO CAPAFONS BONET  
DR. JESÚS MODESTO SUÁREZ RODRÍGUEZ

2017

Valencia, Abril 2017

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
FACULTAT DE PSICOLOGIA

Departament de Personalitat, Avaluació i  
Tractaments Psicològics  
Programa de Doctorado 3054: Psicologia de la Salut



**TESIS DOCTORAL**

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE HIPNÓTICA  
EN MUJERES VIOLENTADAS POR SU PAREJA**

**Presentada por:**

**BERTHA MARGARITA VIÑAS VELÁZQUEZ**

**Directores:**

**DR. ANTONIO CAPAFONS BONET Y**

**DR. JESÚS MODESTO SUÁREZ RODRÍGUEZ**

**Valencia, Abril 2017**



## Agradecimientos

*Deseo agradecer a los seres más importantes en mi existencia, mis hijos, maestros en mi vida, Santiago, Rebeca y Nicolás. Pero, primordialmente a mi esposo, Luis. A ese maravilloso Ser con el que he compartido mi peregrinación desde hace más de 30 años. Mi compañero de la vida, amigo, mi queridísimo enamorado. Quien estuvo siempre presente, atento, solidario, ofreciéndome su apoyo, cariño, comprensión y, me ha mostrado que existe la equidad de género, y a entender lo que es el amor incondicional. Sin él, probablemente este trabajo de tesis hubiera quedado inconcluso.*

*¡Te lo agradezco Luis, de todo corazón!*

*Agradezco la cálida acogida de la Universitat de València y al departamento de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la Facultat de Psicologia, por brindarme a uno de sus mejores expertos en el área de los tratamientos psicológicos, la hipnosis como es uno de mis directores de tesis, el Dr. Antonio Capafons Bonet, de quien puedo decir orgullosamente fui discípula. Muchas gracias Antonio por tus seminarios individualizados que me enriquecen y me han formado como doctoranda, estoy profundamente agradecida por la humildad y sencillez con que entregas tu sabiduría. También por tus direcciones, sugerencias, y por llevarme por el camino de la American Psychological Association.*

*Asimismo, agradezco a otro de mis directores de tesis, al Dr. Jesús Modesto Suárez Rodríguez, experto en metodología y miembro del departamento del Método de la Investigación y Diagnóstico en Educación (MIDE), de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, por sus observaciones y guía metodológica, marcando los puntos críticos del estudio, que siempre reorientaron mi trabajo de tesis, para mejorar la calidad de los análisis. Pero, especialmente, reconozco y aprecio enormemente el gran esfuerzo por encontrar el tiempo para revisar el manuscrito y*

*retroalimentarme, haciendo aportaciones muy valiosas ¡Te lo agradezco mucho Jesús!*

*A los especialistas que integran el comité dictaminador. Les agradezco su meritoria participación y dedicación en la lectura de la presente tesis.*

*De igual forma, deseo agradecer a la Universidad Autónoma de Baja California, particularmente, a la Facultad de Medicina y Psicología, por todas las facilidades laborales para desarrollar la tesis. Además de la compañía y apoyo de mis colegas y amigos, como Yadira Islas, Ana Ascencio y Ahmed Ali Asadi, quienes participaron en el proyecto desde otros enfoques psicológicos de tratamiento, y por su confianza puesta en el plan que había diseñado. Por caminar juntas en la búsqueda de nuevas avenidas por donde dar continuidad al tratamiento de nuestras congéneres en sufrimiento.*

*De la misma manera, les quiero agradecer, a todas las practicantes que participaron como terapeutas: Yaroslavna, Mariana, América, Nohemi, Jazmín, Martha, y Paola; a los y las que hicieron el seguimiento, y a los y las que participaron de una u otra manera en la ejecución de este proyecto de tesis.*

*Pero, sobre todo, les agradezco y dedico esta tesis a las mujeres participantes que depositaron su confianza en el tratamiento que se les ofreció. Confío en que continuarán su evolución y crecimiento personal con menos dolor y mayor alegría de la vida.*

*"Porque ser libre no es solamente desamarrarse las propias cadenas, sino vivir en una forma que respete y mejore la libertad de los demás".*

*"Nuestra mejor arma, la que el enemigo nunca podrá resistir, es la paz".*

*Nelson Mandela*



## ÍNDICE

<b>PARTE TEÓRICA</b>	<b>1</b>
Introducción	3
1. Violencia Contra la Mujer Ejercida por la Pareja	9
1.01 Conceptualización de la Violencia Contra la Mujer por la Pareja Masculina	12
1.02 Epidemiología	16
1.03 Consecuencias de la Violencia Contra la Mujer por la Pareja	22
1.03.1 Secuelas en la Salud Mental de las Mujeres que han Vivido Maltrato por su Pareja Masculina	24
1.03.2 Perfil Sociodemográfico de la Mujer Maltratada	26
2. Teorías Acerca de la Violencia Contra la Mujer por la Pareja.	29
2.01 Teoría del Patriarcado	29
2.02 Teoría del Aprendizaje Social	30
2.03 Modelo del Ciclo de la Violencia	30
2.04 Síndrome de la Mujer Maltratada	31
2.05 Teoría del Trauma	32
2.06 Síndrome de Estocolmo	33
2.07 Síndrome de Adaptación Paradójica	34
2.08 Otras Teorías centradas en las Características Personales de la Mujer	36
2.09 Teoría General de Sistemas	37
2.10 Teorías Enfocadas en el Modelo Ecológico	38
3. Tratamientos Psicoterapéuticos Dirigidos a la Mujer Violentada por la Pareja	43

4.	Terapia Breve e Hipnosis	51
4.01	Teoría General de los Sistemas	51
4.02	Antecedentes de la Terapia Breve	53
4.03	Antecedentes del Estudio de la Hipnosis	58
4.03.1	Definiciones de hipnosis	58
4.03.2	Algunas evidencias de su efectividad en los tratamientos médicos y psicológicos	64
4.04	Aportaciones de Milton Erickson a la Psicoterapia Breve e Hipnosis	82
4.05	Aplicación de la hipnosis al tratamiento de mujeres maltratadas	91
	<b>MÉTODO</b>	<b>95</b>
5.	Hipótesis, Objetivos y Predicciones	97
5.01	Hipótesis	97
5.02	Objetivos	98
5.03	Formulación de predicciones	99
5.04	Variables Independientes y Dependientes	101
5.04.1	Variable independiente.	101
5.04.2	Variables Dependientes.	101
6.	Metodología	103
6.01	Muestra	103
6.01.1	Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra	107
6.02	Instrumentos de Evaluación	107
6.02.1	Entrevista para mujeres maltratadas por la pareja.	108

6.02.2	Lista de cotejo examen mental	109
6.02.3	Historia de vida	109
6.02.4	Entrevista breve al inicio de la sesión	109
6.02.5	Entrevista breve de postevaluación	110
6.02.6	Instrumento de evaluación para el seguimiento	110
6.03	Materiales	110
6.04	Procedimiento	111
6.04.1	Lugar en que se desarrolló	111
6.04.1.1	Características de la ciudad de Tijuana	111
6.04.1.2	Centro Universitario de Atención e Investigación (CUAPI-UABC).	115
6.04.2	Vías de difusión del estudio	116
6.04.3	Terapeutas y practicantes de apoyo	118
6.04.3.1	Reclutamiento y entrenamiento de terapeutas	118
6.04.3.2	Reclutamiento y entrenamiento del equipo de apoyo	123
6.04.4	Procedimiento de las tres fases del estudio	125
6.04.4.1	Fase I. Evaluación inicial	126
6.04.4.2	Fase de tratamiento	129
6.04.4.2.1	Metas TBH. Factores protectores	130
6.04.4.2.2	Plan de tratamiento de la TBH	140
6.04.4.2.3	Fase de Post Prueba. Post evaluación y seguimiento	216
6.05	Análisis Realizados	217
7.	Resultados	223
7.01	Estudios de Caso	227

7.02	Estudio de Caso Múltiple	403
7.02.1	Resultados fase I. Fase inicial	403
7.02.2	Comparación de casos: síntomas, emociones y diagnóstico	410
7.02.3	Comparación de casos: alcance de las Metas	427
7.02.4	Reducción o eliminación de la violencia	441
7.02.5	Respuestas a las estrategias terapéuticas	452
8.	Discusión y Conclusiones	467
9.	Limitaciones	477
	Referencias	479
	ANEXOS	525
	Anexo A: Instrumentos de evaluación y protocolos	527
	Anexo B: Esquemas y otros materiales de apoyo en la terapia	551
	Anexo C: Tablas de categorías, y concentrado de datos Obtenidos	557
	Anexo D: Directorio y papeleta de difusión	575
	Resumen	579





## **PARTE TEÓRICA**



## **Introducción**

El propósito de la tesis que presento es mostrar algunas evidencias de la efectividad de un tratamiento de Terapia Breve, con base a estrategias de hipnosis como coadyuvante (TBH), en el proceso psicoterapéutico de mujeres violentadas por parte de su pareja, o expareja.

Hasta hace unas décadas, la violencia contra la mujer no se consideraba un problema suficientemente relevante como para llamar la atención internacional. Las mujeres soportaban en silencio con un reconocimiento mínimo a su alrededor. Los mayores cambios al respecto comenzaron en la década de los 70 con grupos de mujeres organizadas regional e internacionalmente, para demandar la atención al abuso psicológico, físico, sexual y económico. Poco a poco se ha reconocido como transgresión a los derechos humanos, y, por lo tanto, a la salud, dignidad y bienestar de las mujeres que la padecen.

Este problema de la violencia contra la mujer por la pareja, ha sido ratificado como un problema de salud pública por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003a, 2010), tanto por el alto número de muertes de mujeres en manos de sus parejas, como por la morbilidad que en ellas genera el constante maltrato, como: lesiones abdominales y torácicas, moretones e hinchazón, trastornos del aparato genital, esterilidad, enfermedad inflamatoria de la pelvis, complicaciones del embarazo, conducta autodestructiva, depresión y ansiedad, trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, fobias y baja autoestima, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), trastornos psicósomáticos, pensamiento e intento suicida, etc.

Por ello es importante la implementación de diferentes programas de prevención en sus tres niveles. Primario, en el ámbito familiar y educativo a nivel preescolar, primaria y secundaria; secundario en la

población de mayor riesgo, como es la adolescencia y juventud, dados los resultados que indican la alta prevalencia de conducta agresiva en las relaciones de pareja de los jóvenes (González, Muñoz-Rivas, Peña, Gámez, y Fernández, 2007; Instituto Mexicano de la Juventud, 2008; Pick, Leenen, Givaudan y Prado, 2010); y terciario, cuando ya se ha manifestado recurrentemente la violencia de pareja, y se observan los efectos de la misma.

La presente disertación está enfocada en esta última, desarrollando una alternativa de intervención de TBH, dirigida a mujeres víctimas de violencia por su pareja dada la necesidad apremiante de abreviar los tratamientos, y ampliar su efectividad. Está basado en el modelo ecológico, adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Heise, Ellsberg, y Gottemoeller, 1999), para explicar y atender esta problemática, que propone aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo, con lo que es de esperarse que la mujer puede detener el ciclo de la violencia, a la vez, que tenga un efecto en la reducción o eliminación de los síntomas ocasionados por el maltrato recurrente.

Los resultados que se presentan en esta tesis, surgen del análisis de un estudio heurístico, acerca del efecto que tuvo la intervención con la TBH, en la reducción o eliminación de los síntomas y secuelas del maltrato, así como la detección de cambios, en la dinámica de la pareja que les permitiera, o no, salirse del ciclo de la violencia mediante la adquisición de habilidades personales y sociales que fungieran como factores protectores.

Algunos de los estudios previos acerca del tratamiento a mujeres maltratadas por la pareja, han expuesto, en su mayoría, tratamiento en grupo para mujeres diagnosticadas con TEPT, mediante terapia cognitiva (Labrador y Alonso, 2007; Matud, Fortes, y Medina, 2014); musicoterapia para la ansiedad y baja autoestima (Fernández, 2011); grupo de apoyo en servicios públicos para mejorar la autoestima y autonomía (Masip, Pont, y Salaberry, 2010). Se encuentran algunos otros tratamientos individuales,

como el de Labrador, Fernández-Velasco, y Rincón (2009) para mujeres maltratadas por su pareja que también presentan TEPT, mediante terapia cognitiva y terapia de exposición. Uno de los aspectos en común en estos estudios, es haber estado dirigido, principalmente, a mujeres que ya estaban fuera de la situación de violencia, por lo que no sabríamos si la efectividad podría verse mermada si la mujer convive aún con el abusador. Sería interesante hacer un análisis comparativo entre las mujeres que ya estaban fuera y las que no, y determinar su efectividad en uno y otro caso.

Poon (2009), a través de estudios de caso aplicó la hipnosis para cuatro mujeres sobrevivientes del TEPT complejo, entendiendo por este lo señalado por *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2002) para TEPT, a lo que se añade lo destacado por Herman (2004): a) antecedentes de haber sometido a un control totalitario por un período prolongado (de meses a años); b) alteraciones en la regulación del afecto; c) alteración de la consciencia; d) alteraciones en la auto percepción; e) alteraciones en las relaciones con otros, y; f) alteraciones en el sentido de pertenencia. Una de estas cuatro mujeres era sobreviviente de violencia ejercida por la pareja.

Kwan (2009), de igual forma, en un estudio de caso empleó la hipnosis orientada en fases para el TEPT complejo, en una mujer violentada por la pareja. Ambos estudios reportan la hipnoterapia orientada en fases (*phase-oriented hypnotherapy*) altamente efectiva desde su experiencia clínica, mediante la cual las respuestas traumáticas pueden transformarse en conducta menos estresante. Los resultados de este tratamiento de hipnoterapia en ambos estudios fueron muy positivos, con el uso de la hipnosis y dirigido a mujeres que ya estaban fuera de la relación violenta. Una desventaja es que fueron realizados en China y Hong Kong (actualmente China también), con marcadas diferencias culturales. Sería valioso replicar en el contexto latinoamericano o europeo/occidental.

El tratamiento que aquí se propone está formulado en base al uso de la hipnosis ericksoniana, que a partir de la cual se ha confeccionado un

paquete terapéutico para la adquisición de factores protectores, aplicado individualmente, y en el que, a diferencia de los anteriormente mencionados, la mayoría de las mujeres participantes aún estaban siendo violentadas por la pareja o expareja.

Elegí la utilización de la hipnosis como estrategia central de la intervención porque ha demostrado ser beneficiosa en la práctica clínica, en el tratamiento de una extendida serie de conflictos psicológicos y problemas de salud, como el manejo del dolor y otras condiciones médicas, existiendo evidencia aceptable de su eficacia, particularmente como coadyuvante en el tratamiento de la depresión, los trastornos del sueño, ansiedad, colon irritable, dejar de fumar, la obesidad, el asma, preparación a la cirugía, ámbitos oncológicos, etc., ayudando a la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes (Mendoza y Capafons, 2009).

Por ello, cabe esperar que la hipnosis favorezca la efectividad de la terapia breve en mujeres que han sufrido de violencia ejercida por la pareja, al igual que en otros padecimientos tratados con hipnosis, es decir, coadyuve en el mejoramiento de su calidad de vida, especialmente, tengan un efecto positivo en el cuadro diagnóstico que presentan del TEPT, ansiedad y depresión, somatización, entre otras.

La metodología empleada es de tipo cualitativo, con base a estudio de caso, y estudio de caso múltiple, debido al interés puesto en el proceso. Esta metodología brinda más oportunidades de identificar sentimientos, intenciones y acciones de cada una, así como la comparación entre los diferentes casos. Y, con ello, ayuda a establecer en qué grado, el paquete terapéutico fue efectivo.

De esta forma, se proyecta un estudio heurístico donde se implementaron cambios según se observaba qué funcionaba, es decir, estrategia de montar el tratamiento (Agras, Kazdin, y Wilson, 1979), por lo que no se pretende que los resultados sean generalizables o demostrar la eficacia y efectividad bajo los criterios de Chambless y Hollon (1998) para

tratamientos psicológicos. Únicamente, se propone hacer una contribución para el tratamiento de estas mujeres, por medio de la hipnosis como coadyuvante, que dé pie a más estudios.



## 1. Violencia Contra la Mujer Ejercida por la Pareja

Fue un arduo proceso para que se reconociera a nivel mundial la violencia contra la mujer como una problemática social. Las cuatro conferencias convocadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1996) desde 1975 en la Ciudad de México hasta Beijing en 1995 fueron instancias importantes que hicieron gran eco para sacar este tema a la luz pública y elaborar medidas de prevención y atención, así como otros esfuerzos de otras organizaciones a nivel internacional. Estas pautas internacionales se entrelazaron con demandas internas en los casos de México y España en materia de generar políticas públicas y legislación jurídica contra la violencia a la mujer, y que se le ha denominado violencia de género, fuera y dentro de la esfera doméstica. En la Tabla 1 se puede seguir la secuencia de los eventos más importantes de la lucha para combatir la violencia contra la Mujer.

Tabla 1

*Antecedentes de la Lucha para Combatir la Violencia contra la Mujer*

Lugar y año	Evento
Ciudad de México, 1974 y 1975.	I Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1996; Saucedo, 1999).
Copenhague, 1980.	Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (ONU, 2012).
Nairobi, 1985.	Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (ONU, 1996).
Internacional, 1985.	“Perspectivas de las Mujeres del Tercer Mundo” elaborado por Alternativa de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era ( <i>Development Alternative with Women for a New Era</i> ) (Sen y Grown, 1987).
Comisión europea, 1987.	Informe Rubinstein (Rubenstein y Vries, 1993).
América, 1990.	Congreso Internacional de Mujeres (CIM) y Consulta Interamericana sobre la Mujer y la Violencia (García-Moreno, 2000).
El Cairo, 1994.	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (García-Moreno, 2000).

Continuación Tabla 1

Internacional, 1994.	Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud (OPS, 1995).
Belém do Pará, 1994.	Convención de Belém do Pará convocada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1995).
Beijing, 1995	IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1996).
Comisión Europea, 1997.	Campaña de Sensibilización ante la Violencia contra las Mujeres. (ONU, 2012).
ONU Mujeres.	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU, Campañas Mundiales).

México tipifica como delito a la violencia doméstica en 1997, fecha tardía si se compara con España, desde 1989. A partir de estos momentos ambos países han desarrollado distintas medidas legales para prevenir y sancionar la violencia contra la mujer, así como atender a sus víctimas. A pesar de estas medidas, cabe mencionar que sigue siendo alarmante la fracción de denuncias de violencia con respecto a las estadísticas respectivas de cada País, así como la puesta en práctica del apego a la ley.

A partir de estos eventos se generan políticas públicas en los distintos países alrededor del mundo. La Tabla 2 muestra las principales de México.

Tabla 2

*Políticas Públicas y Legislación Contra la Violencia en México*

Año de expedición/modificación	Acción/Nombre de la Ley
1998	Se modifica el Código Penal para clasificar a la violencia doméstica como delito (Fernández, 2004).
2000	NOM-190-SSA-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (Secretaría de Salud, 2000).
2005	NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (Secretaría de Salud, 2005).
2006	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (Secretaría de Gobernación, 2006).
2007-2013	Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Secretaría de Gobernación, 2007, 2013).

En la Tabla 3, se muestran algunas de las principales políticas públicas de España.

Es indudable, el avance en términos de políticas públicas, en ambos países, empero, en la práctica cotidiana se observa que no se aplican todo lo deseable, por diversos motivos como: la falta de difusión en los misterios públicos; resistencias en los servidores públicos, y la falta de denuncias. Es necesario continuar buscando soluciones.

Tabla 3

*Políticas públicas y legislación contra la violencia contra la Mujer en España*

Año de expedición/modificación	Acción/Nombre de la Ley
1989	Ley Orgánica 3/1989: la violencia doméstica se tipifica como delito (Gobierno de España, 1989).
1995	Artículo 153 del Código Penal: se extiende la penalización, pasando de ser arresto mayor a prisión de 6 meses a 3 años (Félix-Cárdenas, s/f).
1998	I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica; Artículo 153 del Código Penal: se sanciona la violencia habitual psíquica (Félix-Cárdenas, s/f).
2003	LO 27/2003, <i>reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica</i> LO 11/2003, <i>de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.</i> LO 15/2003, <i>por la que se modifica el Código Penal</i> (Gobierno de España, 2004).
2004	Se clasifican dos tipos delictivos de violencia contra la mujer: el tipo específico de violencia de género abarcado en los artículos 153, 171.4 y 172.2 del Código Penal; y el de la violencia doméstica, recogido en el 173.2 del Código Penal (Gobierno de España, 2004).
2004	<i>LO 1/2004, Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género</i> (Gobierno de España, 2004).
2006	Real Decreto 1030/2006: se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) que brinda detección y atención a víctimas de violencia de género (López-Rodríguez, y Peláez-Moya, 2012).

En resumen, pese a los esfuerzos de las naciones por contrarrestar la violencia contra la mujer, falta mucho por avanzar para combatirla. Así es como, ningún País, ni clase social se encuentra libre de sufrir de violencia de género, y por ende en la pareja (Walker, 1999).

### **1.01 Conceptualización de la Violencia Contra la Mujer por la Pareja Masculina**

Todos los eventos mencionados sellan progresos históricos, incrementan el interés y la búsqueda de alternativas encaminadas a remediar el problema de la violencia contra la mujer en todo el mundo y en todos los ámbitos. Es, entonces, cuando la percepción que se tenía de la violencia contra la mujer comienza una transformación, no solo en función de los derechos humanos, y de la perspectiva psicosocial, legal y jurídica, sino del reconocimiento como un problema de salud pública, dada la gran morbilidad y mortalidad (Klein, Campbell, Soler, y Ghez, 1997; Rico, 2001; Saucedo, 1999), además del enfoque en cuanto a las distintas características y matices que componen este fenómeno psicosocial. De tal forma, que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja, hombre, adquiere importancia, entre las diversas instituciones, los profesionales que proporcionan los servicios en ellas, así como entre los investigadores.

El estudio de la violencia en la pareja, se manejaba de manera tácita al hablar de violencia doméstica, violencia familiar, violencia intrafamiliar, y, más recientemente, al inicio del Siglo XXI, de violencia de género, junto con el reconocimiento de ser un asunto correspondiente al ámbito social y no privado. Estos términos son utilizados indistintamente para referirse a la violencia producida por la pareja, y en algunos casos también se asocian al abuso infantil (Ilescas, 2001), por lo que se ha preferido acoger el término de “Mujeres Violentadas por su Pareja” –y con ello proporcionar

mayor concreción– en la definición de la violencia ejercida por el hombre en contra de su pareja, ya sea cónyuge, novio o expareja íntima.

Esto no significa que no exista la violencia contra los hombres. Por supuesto, e igualmente importante, pero la proporción en la que se presenta contra los hombres es mucho menor. Por ejemplo, en España se publicó “Aumentan las denuncias de hombres maltratados” en “La Hora Nacional” (2011), puesto que en el 2010 se presentaron 10.399 hombres a una de las 34 comisarías de la mujer y la familia, a manifestar una denuncia. Mientras que las mujeres maltratadas, por su pareja hombre, en el mismo año, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013), fue más del triple (32.242).

La violencia contra las niñas y los niños, también resulta alarmante. Los menores pueden sufrir de violencia psicológica de sus cuidadores, al estar expuestos a la violencia del padre contra la madre (Atenciano-Jiménez, 2009; Holden, 2003; Patró-Hernández y Limiñana, 2005). En un estudio sobre la violencia infantil, emitido por el Secretario General de las Naciones Unidas se estimó que entre 133 y 275 millones de niños anualmente en el mundo, están expuestos a este tipo de violencia (Pinheiro, 2006). En España (2006), el Informe Unicef-Bodyshop, aporta la primera cifra de menores expuestos, anualmente, a la violencia de sus padres (o padrastros) contra sus madres, asciende a unos 188.000 niños y niñas, aproximadamente (The Body Shop/UNICEF, 2006).

En la Ciudad de México el Instituto Federal Electoral (IFE, 2000) en conjunto con UNICEF (Larraín y Bascuñán, 2009), en otro tipo de maltrato intrafamiliar, registraron cuatro millones de niñas y niños entre 6 y 17 años, en donde casi la mitad de los casos reportados (47%), los responsables son los padres, y otros familiares. En análisis más precisos, algunos autores señalan que las madres son quienes con más frecuencia maltratan a los menores, psicológica y físicamente (Gaxiola y Armenta, 2005; Seldes,

Ziporovich, Viota, y Leiva, 2008), a partir de lo cual, los menores pueden desarrollar psicopatologías (Patrón-Hernández y Limiñana, 2005).

Es un hecho que en algunas familias se experimenta un ciclo de violencia permanente, donde la única forma conocida para ellos de resolver los conflictos, es la violencia.

Estos dos tipos de maltrato infantil, el de exposición y el directo, donde los padres son los violentos, fueron motivos por lo que en esta investigación se seleccionó a las mujeres víctimas de violencia en la pareja como objeto de estudio, bajo el supuesto de que si recobran su poder en el sistema conyugal y familiar, mediante el tratamiento propuesto, reaprenderán a poner límites personales, expandirán los recursos personales, y probablemente, les permita detener el ciclo de la violencia en la pareja, lo que podría tener un efecto positivo en la educación y cuidado de los/las hijos/as, al no estar más expuestos a la violencia del padre contra la madre, pero también, en el hecho de que las madres adquieran mayor manejo de sus emociones, y mejor autocontrol de sus reacciones, y puedan recurrir a otros métodos disciplinarios sin el uso de violencia.

La definición de violencia infligida por la pareja adoptada en esta tesis, es la proporcionada por la OMS (2010) *"todo comportamiento que, en una relación de pareja, causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos dominantes"* (p.11). Puede ser física, sexual, económica, y psicológica.

La violencia de tipo físico es toda agresión contra el cuerpo de la mujer, que va desde empujones y jalones, que muchas mujeres no le dan importancia, a golpes graves en cualquier parte del cuerpo, como: quemaduras, ahorcamiento, o el uso de armas blancas o de fuego. Pueden causar lesiones leves hasta daño irreversible e, incluso la muerte. La OPS (2003b), define violencia sexual como *"todo acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o*

*utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”* (p. 161). Más específicamente, en la relación de pareja, Labrador, Rincón, De Luis, y Fernández-Velasco (2004), definen a la violencia de tipo sexual en la pareja, como: *“cualquier intimidación sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado inconsciencia o indefensión de la mujer”* (p. 26), en donde integran, de forma más breve, los elementos señalados por la OPS. Lo que significa que puede ser, desde acoso, hasta la violación agresiva y repetida, cuyas consecuencias se relacionan con la salud reproductiva, en cuanto a embarazos no deseados, abortos espontáneos, infecciones vaginales, entre otras, además de constituirse como otra forma de maltrato físico y psicológico, por las características de proximidad física y la invasión de la intimidad de la mujer.

La violencia económica se refiere al control o aislamiento de la mujer, impidiéndole trabajar y/o estudiar, u obtener ingresos, o bien, despojarla de sus ingresos o bienes materiales, o la destrucción de los mismos. Este tipo de violencia, denominada financiera o patrimonial por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (Secretaría de Gobernación, SE/Gob, 2013), son formas de violencia de tipo psicológico, dado el aislamiento y el control de los recursos económicos, por parte del maltratador (Labrador et al., 2004).

La violencia psicológica, es el tipo de violencia que recibió reconocimiento recientemente, pues hasta el siglo pasado solo se tomaba en cuenta la violencia física. Ahora se sabe que la violencia psicológica es la de mayor prevalencia, debido a las agresiones directas de este tipo, pero, además, porque los otros tipos de violencia causan efectos psíquicos y del comportamiento en aquellas que la padecen (OPS, 2003a). La violencia psicológica incluye humillaciones, desvalorización, descalificación,

insultos, gritos, amedrentamiento, y todo tipo de amenazas, incluyendo las amenazas de muerte, que en muchas ocasiones el agresor cumple. Ello engrosa la gran cantidad de mujeres que mueren a manos de su pareja.

## **1.02 Epidemiología**

Las cifras de mujeres en el mundo que sufren o han sufrido de violencia por la pareja son verdaderamente alarmantes, por lo que se ha convertido en pandemia (Heise, Pitanguy, y Germain, 1994), y un obstáculo para el desarrollo (Buvinic y Morrison, 1999).

Es delicado determinar cuál es la prevalencia específica para cada País, o incluso cada territorio. Esto se debe, a las dificultades metodológicas para su medición, por el problema que representa manejar una sola definición, y dadas las distintas características que adquiere culturalmente. También, es complicado determinar qué tipos de violencia medir, quedando en muchas ocasiones sin considerarse la violencia psicológica, por la subjetividad que la acompaña y lo delicado de su delimitación objetiva. Asimismo, hay otros elementos que dificultan su medición, como: a) las variaciones en la selección de la muestra y el tamaño de la misma. Esto último, fuertemente, ligado a si la investigación cuenta, o no, con financiamiento; b) La utilización de diferentes instrumentos para la recogida de los datos, como lo son las encuestas auto aplicadas o realizadas vía telefónica. De igual forma, si se ha hecho a través de la técnica de entrevista, o se ha utilizado algún instrumento estandarizado. O bien, si la recogida de los datos ha sido por personal capacitado, además de otras características del mismo, como sexo, interés, actitud frente a este problema y su capacidad investigativa, que pueden facilitar o entorpecer que las mujeres se sientan cómodas, etc. Pese a esas limitaciones, se pueden señalar algunas investigaciones que nos proporcionan una idea global del

problema. La Tabla 4, presenta una relación de la prevalencia de mujeres violentadas por su pareja hombre, por países y tipos de violencia.

Tabla 4

*Prevalencia de violencia del hombre contra su pareja mujer*

Autor	País	Porcentaje de violencia	Tipos de violencia	Metodología
García-Moreno, (2000).	Gran Bretaña	25%	Violencia física en la pareja.	
	Israel	32%		
	Suiza	20%		
	Nicaragua	52%		
Tjaden y Thoennes, (2000).	EEUU	1 cada 4	Asalto físico y sexual por parte de la pareja.	Encuestas
	Canadá			
	Reino Unido			
McDonnell y Abdulla, (2001). Project Asian Women Advocating Respect Empowerment	Asiático-americanas	30%	Abuso físico o sexual por su pareja.	
	Australia Canadá EEUU Israel Sudáfrica	3 - 52%	Violencia conyugal que llega al homicidio	
Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, (2002). Organización Panamericana de la Salud	Bangladesh	47%	Violencia física y/o sexual por parte de la pareja	Estudio Multipaís
	Etiopía	45%		
	Japón	57%		
	Perú	23%		
	Samoa	4%		
	Tailandia	30%		
	República Unida de Tanzania	29%		
Alhabib, Nur y Jones, (2010).	Asiática	37-50%	Violencia física, sexual y emocional por su pareja	Revisión sistemática sobre estudios de prevalencia.
	Africana	37-50%		
	Europea	37-50%		
	Sudamericana	37-50%		
	Norteamericana			
	Australiana			
	Medio Este	47-78%		
Chino-americanas Japonesa-americana Indio-americanas				

España, probablemente está incluida en los estudios realizados en Europa. No obstante, para más especificidad se presentan en la Tabla 5 algunos datos de la prevalencia en España.

Tabla 5

*Prevalencia de violencia contra la mujer ejercida por la pareja en España*

Autor	Año	Porcentaje de mujeres violentadas	Tipos de violencia	Metodología
Instituto de la Mujer	2006	12,4% 4,2% *	Maltrato en una relación de pareja	Encuestas telefónicas
	2002	9,6% 3,6% *		
	1999	11,1% 4% *		
Medina y Barberet (2003).	2003	42,52%	Psicológica	Encuestas
		15,21%	Psicológica-grave	
		8,05%	Física	
		4,89%	Física-grave	
		11,48%	Sexual	
		4,70%	Sexual-grave	
		5,76%	Lesiones	
2,23%	Lesiones-graves			
Centro Reina Sofía (2009).	2003	3,61 ** 420 muertes	Asesinato por su pareja o expareja	
Ulla-Díez et al.	2009	18%	Maltrato por su pareja	Estudio de población, encuestas del Instituto de la Mujer
		1,50%	Emocional	
		2,40%	Emocional y sexual	

Nota: \* Técnicamente reconoce la violencia.

\*\* Por cada millón de mujeres.

En España se llevaron a cabo tres grandes encuestas conducidas por el Instituto de la Mujer en 1999, 2002 y 2006 (INMujer, 2002, 2006). Estos

estudios proporcionan una imagen aproximada de lo que pasa en el País en términos de este tipo de violencia (ver Tabla 5).

Medina y Barberet (2003) efectuaron otro estudio donde se especifican con más detalle los porcentajes por tipos de violencia (ver Tabla 5). De acuerdo a los datos que presentan estos autores, la escala epidemiológica de violencia por la pareja contra la mujer, es similar o un poco menor que otros países con características socioeconómicas y culturales parecidas (Medina y Barberet, 2003).

Ulla-Díez et al. (2009) realizaron un estudio de población en Castilla-La Mancha, dado que había sido una de las regiones de mayor prevalencia de violencia en la encuesta del Instituto de la Mujer en 2006. Tomaron una muestra urbana y otra rural, observándose que el 18% de las mujeres había sufrido de maltrato por su pareja, sin diferencias significativas entre ambas zonas. En ninguna de ellas se dio violencia física como único tipo de maltrato, también se dieron abuso emocional y sexual (2,40%).

De igual forma, hay que considerar los casos ocultos. De acuerdo a Pueyo, López, y Álvarez (2008), en los diferentes valores tomados en cuenta por el departamento de asuntos Sociales del departamento gubernamental de la región de Madrid, realizado en el 2003, en datos absolutos: 7 mujeres asesinadas por su pareja, 252 mujeres admitidas en las casas de acogida, 4.506 reportes de violencia por la pareja, y 18.747 casos identificados por abuso físico en la encuesta sobre victimización.

La expresión máxima de la violencia contra la mujer es cuando se le asesina. De acuerdo a los datos revelados por el Centro Reina Sofía, con base al análisis de la información reportada por distintos países del mundo, respecto a los feminicidios ocurridos en el 2003, encontraron que, por cada millón de mujeres, fueron asesinadas en promedio 5,87 mujeres en sus hogares, en los 27 países analizados, siendo la media para los países americanos 5,99 de mujeres; y 5,84 mujeres en Europa (Sanmartín, 2006).

Si se observan los casos de las asesinadas por sus parejas o exparejas, por cada millón de mujeres mayores de catorce años, tenemos que las tasas no son muy distintas. Particularmente, en España, la tasa es de 3,61 mujeres por cada millón, ubicada por debajo de la media de Europa, lo cual puede ser alentador. No así, al tomar en consideración la evolución de este fenómeno entre los años 2000 y 2003, período en el que España incrementó en un 47,95% (Sanmartín, 2006). En números crudos, de acuerdo a los informes más recientes de los medios de comunicación, la policía y los jueces, entre el 2003 y 2008 hubo 420 muertes de mujeres a manos de su pareja, lo que significa un promedio de 70 muertes por año (Centro Reina Sofía, 2009).

De igual forma, el Centro Reina Sofía (2009) reporta la tasa de mujeres asesinadas en el ámbito doméstico, en México, con una tasa de 24,50 por cada millón de mujeres (Sanmartín, 2006). Pero no se define si el asesinato fue a manos de su pareja.

Respecto a la prevalencia de violencia en la pareja en los hogares de México, se ha medido en diferentes momentos y cuyos datos más representativos se presentan en la Tabla 6.

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (2003), efectuada en 11 entidades federativas y con representatividad nacional, el estado con menor incidencia de violencia en la pareja fue Chiapas, con el 27%, mientras Sonora fue la entidad de la República con el porcentaje más alto (49,8%) de violencia por la pareja. En el estado de Baja California, donde se desarrolló la investigación de la presente tesis, ascendió al 47% de mujeres maltratadas por su pareja en ese año. En la revaloración llevada a cabo en el 2006, la ENDHIRE reporta, a nivel nacional, una prevalencia del 40,2% de las mujeres mayores de 15 años de edad violentadas por la pareja, y, en Baja California, fue un porcentaje más bajo, 30,06%. Los grupos de edad que mayormente reportaron violencia en la pareja son de 20 a 24 años y de 25 a 29 años. Lo

que puede ser un indicador de que las mujeres jóvenes han tenido más oportunidad de conocer las características de la violencia que sufren por parte de sus parejas, y, por lo tanto, identificarla.

Tabla 6

*Prevalencia de violencia contra la mujer ejercida por la pareja en México*

	Año	Porcentaje de mujeres violentadas	Tipos de violencia	Metodología
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH).	2003	46,6%	Violencia por su pareja.	Encuesta
		38,8%	Emocional	
		29,3%	Económica	
		9,3%	Física	
		7,8%	Sexual	
	2006	40,2%	Violencia por la pareja.	Encuesta
		41,4%	Tipo emocional	
		22,4%	Económica	
		19,6%	Física	
		8,4%	Sexual	
2011	44,9%	Maltrato o agresión de la pareja	Encuesta	
Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM).	2003	21,5%	Violencia por parte de la pareja, último año	Encuesta
		9,8%	Física	
		19,6%	Psicológica	
		7%	Sexual	
Encuesta Nacional de Violencia en las relaciones de Noviazgo.	2007	15%	Física	Encuesta
		76%	Psicológica	
		16,5%	Sexual	

La ENDHIRE más reciente (2011), refiere que la prevalencia fue del 44,9% de las mujeres de 15 años, o más, mientras que Baja California, con el 38,6%, obtuvo una diferencia de 6,3 puntos porcentuales menos. De igual forma, representa un porcentaje más bajo que ocho años atrás, pero más alto que hace cinco. Diferencias que puede deberse a las dificultades

metodológicas antes mencionadas, o posiblemente, a que las mujeres están siendo más informadas, en cuanto a las características de la violencia en la pareja, no así, en la parte que corresponde a solucionar el problema.

Pese a las dificultades metodológicas, a los casos ocultos de mujeres que no denuncian por no tener consciencia de su situación de violencia, o por las diferencias culturales por las que este fenómeno puede ser percibido de muy variadas formas, tanto por los que la atestiguan, como por quienes la experimentan, contamos con un panorama general de la proporción que guarda este problema de salud pública, de la violencia en la pareja. Esto conduce a plantearse cuáles son las posibles consecuencias de la violencia contra la mujer ejercida por su pareja hombre, en la salud de la mujer. Las consecuencias o efectos en la salud de la mujer pueden ser múltiples, como veremos en el siguiente apartado.

### **1.03 Consecuencias de la Violencia Contra la Mujer por la Pareja**

De acuerdo al informe del Banco Mundial (Heise et al., 1994) la violencia en la pareja, es una causa grave de muerte entre las mujeres de 15 a 49 años de edad. La OMS (2005), a su vez, a través de un estudio Multipaís, confirmó una asociación significativa entre la experimentación constante de violencia física y sexual ejercida por la pareja y el auto informe de condiciones pobres de salud (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, y García-Moreno, 2008; García-Moreno, Henrica, Jansen, Heise, y Watts, 2006) además de aumentar los riesgos de muchos otros problemas de salud, como dolor crónico, discapacidad física, abuso de sustancias, y depresión.

Los daños de la violencia sobre la salud pueden ser psicológicos, físicos y sexuales. Estos daños pueden aparecer desde el momento en que inicia la violencia por la pareja, tardar algún tiempo, e incluso continuar

después de dejar de vivir con el maltratador. Con frecuencia las mujeres maltratadas acuden a consulta con problemas de salud que pueden ser confundidos con los síntomas de muchas enfermedades distintas.

El maltratador puede conducir a la mujer a romper los lazos familiares, con amistades y con todo tipo de asociaciones o grupos, o bien, ella misma aislarse por vergüenza u otro sentimiento de incompetencia, quedando aislada, lo que las puede llevar a sentimientos de soledad, tristeza, minusvalía, y depresión (OPS, 2003a; Hirigoyen, 2006).

Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden conllevar problemas de salud crónicos. Estos problemas de salud más frecuentemente asociados a las víctimas de violencia por la pareja, hombre, son: dolores músculo esqueléticos, dolor crónico de cuello o espalda, artritis, complicaciones cardiovasculares, infarto de miocardio, la angina de pecho, síntomas neurológicos recurrentes, como: balbuceo, tartamudeo incipiente, pérdida de audición, problemas de vista, dolores de cabeza y migrañas. También se han descrito enfermedades crónicas como dolor crónico, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales, quejas somáticas y fibromialgia (Aguirre et al., 2010).

La OPS (2003a), por su parte, señaló las siguientes consecuencias en la salud de la mujer violentada por su pareja:

a) **Físicas:** lesiones abdominales y torácicas; moretones e hinchazón; síndromes de dolor crónico; discapacidad; fibromialgia; lesiones, fracturas; trastornos del aparato digestivo; síndrome del colon irritable; desgarros y abrasiones; lesiones oculares; mengua de las funciones físicas, y pérdidas de años de vida saludable e incluso la muerte (Fernández, 2004; Heise et. al., 1994; Ilescas, 2001; Lammoglia, 1995; Torres, 2001; OPS, 2003a; Velázquez, 2003; Welland-Akong, 2001).

b) **Sexuales y reproductivas:** trastorno del aparato genital; esterilidad; enfermedad inflamatoria de la pelvis; complicaciones del embarazo, aborto espontáneo; disfunción sexual; enfermedades de

transmisión sexual, entre ellas la transmisión del VIH/SIDA; aborto practicado en condiciones peligrosas; embarazos no deseados.

c) **Psíquicas y del comportamiento:** abuso de alcohol y otras drogas; depresión y ansiedad; trastornos de los hábitos alimenticios y del sueño; sentimientos de vergüenza y culpabilidad; fobias y trastorno por pánico; inactividad física; baja autoestima; TEPT; trastornos psicósomáticos; hábito de fumar; comportamiento suicida y daño auto infligido; y, comportamiento sexual de riesgo.

d) **Consecuencias mortales:** mortalidad relacionada con el SIDA; mortalidad materna; homicidio y suicidio (Heise et al., 1994).

También podemos encontrar efectos en la salud mental, como se muestra a continuación.

### **1.03.1 Secuelas en la salud mental de las mujeres que han vivido maltrato por su pareja masculina.**

Diversos estudios realizados desde las últimas décadas del Siglo XX han señalado resultados similares en cuanto a las secuelas en la salud mental de la mujer que ha experimentado el maltrato recurrente de su pareja. Se ha evidenciado la presencia de dos trastornos principales: depresión, y TEPT, comúnmente acompañados de ansiedad y otros efectos colaterales perniciosos en la autoestima, y aparición de comportamiento destructivo como intentos de suicidio, alcoholismo y abuso de drogas.

Golding (1999) a través de un metanálisis sobre los principales síntomas de la mujer maltratada, identificó que los efectos en la mujer maltratada son la alta prevalencia de depresión, así como de TEPT. La comorbilidad entre ambos trastornos de esta categoría ha sido estudiada por Stein y Kennedy (2001). Así mismo, Rincón, Labrador, Arinero, y Crespo (2004), agregaron a esta correlación de comorbilidad dos variables: la inadaptación social y la baja autoestima. Este conocimiento puede

ayudar a establecer un mejor diagnóstico y pronóstico para el tratamiento (Amor, Echeburúa, De Corral, Zubizarreta, y Sarasua, 2002; Cascardi, O'Leary, y Schlee, 1999; Echeburúa, De Corral, y Amor, 2002; Stein y Kennedy, 2000).

Estos trastornos provienen de todo un proceso de propagación desde las primeras reacciones ante el maltrato; iniciando con sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, lo que a su vez conduce a estas mujeres a mantener su situación en secreto. Lo anterior desencadena inseguridad, sentimientos de culpa, pérdida de control, hasta llegar a un desconocimiento de sí misma y sus necesidades, así como un desenlace en un estado crónico de malestar (*distress*) donde pierde el control de la situación (Echeburúa y De Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000). Además, pueden ocurrir otros efectos, como baja autoestima (Rincón et al., 2004), el abuso de sustancias y desadaptación social (Golding, 1999) intentos de suicidio, depresión mayor, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio (Matud, 2004a).

En cuanto a la relación entre estos trastornos y el tipo de maltrato, psicológico, físico y/o sexual, García-Leiva, Domínguez-Fuentes, y García-Moreno (2008) encontraron que el 90% de los casos mostraron un alto grado de TEPT, independientemente del tipo de abuso. La clase de maltrato que más se presentaba era el de tipo psicológico, con un 98% de declaraciones. Sin embargo, también observaron que los eventos de violencia reiteradamente se presentaban en combinaciones de los cuatro tipos de maltrato.

Como podemos observar, el TEPT, es uno de los trastornos más frecuentes en las mujeres en estudio. Algunas, con síntomas exacerbados, diagnosticadas con TEPT complejo y otras con TEPT simple. TEPT "simple" entre comillas, ya que no es nada simple, refiriéndose estrictamente a los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR) de la *American Psychiatric Association*

(APA, 2002), donde: la reexperimentación, requiere un síntoma (Criterio B); la evitación, requiere de tres síntomas (Criterio C); la activación, requieren dos síntomas (Criterio D); la temporalidad de los síntomas, debe ser mayor a un mes (Criterio E), y; malestar clínico o deterioro social (Criterio F). Pero, también encontramos mujeres que no cumplen con todos los criterios estipulados en el DSM-IV-TR (2002), por lo que surge la conceptualización de *trastorno de estrés postraumático parcial* (Jordan et al., 1991) o, el *Subsíndrome de trastorno de estrés postraumático* (SEPT) (Hickling y Blanchard, 1997) haciendo alusión, este último, cuando se presenta uno de los síntomas de re-experimentación, y manifiesta tres síntomas de evitación, o dos síntomas de activación, y no ambos. De tal forma, que las mujeres que los presentan puedan ser diagnosticadas más adecuada y oportunamente, puesto que se ha visto una tendencia al desencadenamiento del TEPT, en un período de un mes a un año (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, y Forneris, 1996).

Amor et al. (2002), encontraron que los factores que influían en la severidad de las repercusiones psicopatológicas del maltrato de pareja eran: la situación de la relación con el maltratador, el tiempo transcurrido después del maltrato, los años del maltrato, la presencia de relaciones sexuales forzadas, y los episodios de maltrato en la infancia. De igual forma, observaron que las redes de apoyo social y el apoyo familiar son variables asociadas con un menor nivel de gravedad psicopatológica, lo que los convierte en factores protectores.

### **1.03.2. Perfil sociodemográfico de la mujer maltratada.**

No se ha encontrado que las mujeres maltratadas por su pareja tengan características psicológicas comunes previas a los abusos de la pareja. Sin embargo, sí se han encontrado y propuesto diversos perfiles y variables comunes en los agresores (Matud, Gutiérrez, y Padilla, 2004).

Ramos y Saltijeral (2008), propusieron una clasificación para la violencia que vive la mujer mexicana en parejas heterosexuales, en su estudio con 345 mujeres que acudieron a una clínica en la Cd. de México. Encontraron que el 12,5% de las mujeres experimentó *“violencia física episódica”* (un acto violento físico sin intimidación ni devaluación), el 12,4% de las mujeres experimentaron *“violencia física intimidatoria”* (actos violentos con amenazas e intimidación, y poca o ninguna devaluación), y el 5% de las mujeres sufrieron *“amenazas e intimidaciones”* muy frecuentes junto con devaluación que va de *“algo”* a *“muy frecuente”*, siendo esta última categoría de violencia, el de mayor riesgo.

En este tipo de mujeres de elevado riesgo se encontraron características sociodemográficas en común: junto con sus parejas, eran de mayor edad que las de los otros grupos; indicaron tener más hijos y más años de convivencia con el maltratador, con una media de 18 años.

En otro estudio realizado en España, se encontró que las mujeres que acudieron a solicitar apoyo por haber experimentado violencia ejercida por la pareja eran comúnmente jóvenes, de bajo nivel académico, con escasos recursos laborales, y económicos (Labrador, Fernández-Velasco, y Rincón, 2010).

Los factores sociodemográficos de las mujeres maltratadas, también ha sido otro factor en estudio. Por ejemplo, Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y De Corral (2008), encontraron que la prevalencia de TEPT era mayor en víctimas jóvenes de 18 a 29 años de edad (42%) que, en las víctimas de mayor edad, de entre 30 y 69 años (27%); de igual manera concluyeron que las víctimas más jóvenes se vieron más afectadas por síntomas depresivos y autoestima baja, que aquellas víctimas de mayor edad.

Ramos y Saltijeral (2008), encontraron que tres de cada cinco mujeres maltratadas que tenían un trabajo remunerado, era de tipo informal, y llevaban la responsabilidad económica del hogar, además de la

labor doméstica. Las autoras, también identificaron una fuerte relación entre el consumo de alcohol de la pareja y la violencia. Stith y Farley (1993) en un estudio previo, habían encontrado la misma relación entre el alcohol y la propensión del hombre a ser violento con su pareja mujer. A todo ello se suma el efecto de haber presenciado violencia del padre contra la madre, durante la infancia, que influye, en el consumo de alcohol y la baja autoestima del agresor, resultando en una “aprobación” de la violencia.

En este sentido estaríamos hablando de las características más frecuentes, así como de los factores que las hacen más susceptibles, y, por lo tanto, las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad y riesgo, más que determinar un perfil específico de la mujer maltratada.

## **2. Teorías de la Violencia Contra la Mujer por la Pareja**

### **2.01 Teoría del Patriarcado**

Esta teoría tiene sus orígenes en lo que es la denominación de un patriarca, un regidor de la normatividad en la estructura social. Cuando se habla de patriarcado refiriéndose a la causa de la violencia contra la mujer en general, y la practicada por la pareja, hombre, se estaría refiriendo a la dominación del hombre sobre la mujer, especialmente, en el ámbito familiar. Aquí, la mujer tiene que acatar las órdenes, necesidades, prioridades y deseos del hombre, anteponiéndolas a las suyas, siempre y en todo momento. Este modelo ha implicado colocar a la mujer como un ser inferior al hombre, e incluso como un apéndice de este, lo que desencadena el machismo que puntualiza el conjunto de creencias acerca de cómo deben de actuar los hombres.

Desde la perspectiva feminista, se considera la violencia masculina contra la mujer como un abuso de poder y un intento de control, efecto de este sistema patriarcal hegemónico (Walker, 1999).

Los rasgos positivos del machismo son: honor, orgullo, coraje, responsabilidad y obligación de la familia. Rasgos negativos: exhibición de potencia sexual, consumo alto de alcohol y agresividad. En una comparación entre mujeres latinas y no latinas radicadas en EEUU, se evidencian síntomas relacionados al trauma, más significativos, en mujeres latinas, como depresión, autoestima social y personal más baja, y se les dificulta más visualizar los sucesos positivos en sus vidas, que, a las no latinas, además de reportar mayor estrés parental (Goldberg, Hokoda, y Ramos-Lira, 2007). Aspectos que están relacionados al aprendizaje cultural como los rasgos de sumisión, respeto a los demás y conductas abnegadas.

## **2.02 Teoría del Aprendizaje Social**

Esta teoría está basada en el comportamiento agresivo como un aprendizaje social (Bandura, 1977; Bandura y Ribes, 1975). Sustenta que las personas aprenden de un modelo agresor el comportamiento agresivo, a partir de observarlo e imitarlo, especialmente, cuando ha sido reforzado tal comportamiento.

En el caso de las mujeres maltratadas, se asume que el hombre reproduce patrones de comportamiento agresivos aprendidos del modelaje de otros hombres en relación con las mujeres (Bandura, Ross, y Ross, 1961). De la misma manera que ellas, aprendieron de un modelo el comportamiento sumiso, abnegado de la buena esposa. Papeles desarrollados durante la infancia y la adolescencia.

Esta diferenciación entre hombres y mujeres ha ido cambiando en términos conceptuales, y actualmente se utiliza el término de género, para señalar las expectativas que tiene la sociedad sobre los papeles y comportamientos socialmente aceptados como propios y naturales de los hombres y las mujeres. Así, la dominancia del hombre sobre la mujer, se ha modernizado, no obstante, sigue siendo aceptada, normalizada, y adoptada por hombres y mujeres en diferentes ámbitos sociales.

## **2.03 Modelo del Ciclo de la Violencia**

El ciclo de la violencia es un hallazgo de Walker (1979) cuando descubre la repetición de la violencia en una serie de entrevistas con mujeres y parejas violentas. Este consiste en tres fases: a) acumulación de tensión, b) agresión, violencia, y c) reconciliación o “luna de miel”. Este ciclo se repite constantemente, con una tendencia a ser cada vez más cortos los períodos

entre una y otra fase. De ninguna manera explica el porqué de la violencia, sino cómo se da este fenómeno.

Cascardi y O'Leary (1992) encontraron que la repetición constante del ciclo de violencia por largos períodos, alrededor de 13 años, causa daños emocionales profundos en la mujer. Ello provoca una adaptación negativa, con conductas de resignación, baja autoestima, y falsas esperanzas de cambio del comportamiento agresivo de la pareja, asociada a la creencia de que, al mostrarse resignada y poco asertiva, puede frenar nuevos y más graves eventos de violencia. Estos factores ocasionan la perpetuación del maltrato fomentado por los episodios intermitentes de cariño, donde ella lo justifica, y lo único que pide es "si tan solo dejara de ser violento...". A su vez, esto genera un estado de confusión e inestabilidad emocional, recrudecido por el aislamiento social y familiar.

#### **2.04 Síndrome de la Mujer Maltratada**

Este Síndrome de la Mujer Maltratada también tiene sus orígenes en la década de los años 70, a partir de los estudios de Walker (1979) para definir las características de las mujeres víctimas del maltrato ejercido por su cónyuge. Fue una derivación de una visión psiquiátrica a partir del Síndrome del Niño Maltratado.

Nace por la necesidad de emprender la defensa de las mujeres que contraatacan y asesinan a la pareja, donde la autora resalta una nueva percepción de las razones por las que una mujer permanece en una relación de este tipo, la secuencia de eventos violentos que la conducen a esta reacción violenta, presentando el contraataque como un acto de autodefensa (Walker, 2009). Tales características plantean un perfil de estas mujeres relacionado con la teoría del trauma.

## **2.05 Teoría del Trauma**

Esta teoría del trauma postula que las respuestas emocionales de la mujer maltratada por su pareja guardan una similitud a las emitidas por los excombatientes de guerra, así como a otros tipos de traumas como catástrofes naturales, terrorismo u otros eventos (Figley, 1983).

Esta perspectiva, al igual que el ciclo de la violencia, y el síndrome de la mujer maltratada, no intenta explicar el porqué de este tipo de violencia, sino presentar las consecuencias psicológicas en las víctimas.

De acuerdo con Walker (2004) las respuestas ante las situaciones traumáticas, generalmente comprende una reacción de “luchar o huir” ante una situación de peligro, y las mujeres maltratadas por la pareja no son la excepción.

La lucha atañe a la activación del sistema nervioso autónomo, habilitando al cuerpo para afrontar el peligro del evento traumático. Mientras que la parte de la huida es una respuesta física y mental para alejarse del peligro. Sin embargo, en caso de no ser posible esquivar físicamente el peligro, el escape se hace mentalmente, siendo esta, una forma común entre las mujeres maltratadas por la pareja, acosadas o violentadas sexualmente (Walker, 2004) comportándose evasivamente. Esta teoría “demuestra el modo en que algunas mujeres se adaptan a su situación llegando a creer que no existe escapatoria posible, pero que sí pueden controlar la gravedad de los daños recibidos apaciguando al agresor” (Walker, 2004, p. 208).

Esta reacción es similar a lo que se denominó “indefensión aprendida” o “desesperanza aprendida” (*learned helplessness*), observados en los experimentos con perros y después con estudiantes universitarios por Seligman (1975) y otros autores, y que se tomó como modelo para explicar la depresión (Alloy, Peterson, Abramson, y Seligman, 1984). Así, las mujeres maltratadas habían aprendido (Walker, 2009) a reducir la

fuerza del ultraje manejando estrategias de afrontamiento análogas a la de personas en los experimentos de Seligman.

De igual forma, las mujeres, pasaron de la evasión a otras estrategias de afrontamiento esmeradamente concebidas para complacer al agresor, mantenerlo calmado, aceptar sus decisiones dejando de lado las propias.

En cambio, cuando la huida es posible, se espera que tenga una mejor probabilidad de supervivencia segura (Alloy et al., 1984).

Más adelante, se llega a conceptualizar, de acuerdo con López-Soler (2008), el TEPT descrito en las clasificaciones oficiales en los años 80, en el DSM-III (APA, 1980), fundamentalmente, por la presión desplegada por los veteranos de Vietnam. Anterior a esto, se habían adoptado otras categorías, “gran reacción al estrés” en el DSM-I (APA, 1952), y “trastorno situacional transitorio” en el DSM-II (APA, 1968). Por su parte, la OMS, lo incluye en la versión de 1977, de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), en la categoría “reacción aguda ante gran tensión”. Más adelante, en la CIE-10 versión 1992, World Health Organization (OPS, 1995), formula una categoría para los trastornos provocados por estrés y trauma, en donde admite el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica.

Las características de este trastorno, así como la prevalencia de su ocurrencia en mujeres maltratadas por la pareja, ya se han mencionado, por lo que no es necesario incluirlos en este espacio.

## **2.06 Síndrome de Estocolmo**

Este síndrome se refiere a la respuesta de las mujeres maltratadas como si fueran rehenes de sus abusadores, comparando el fenómeno con el hecho de un asalto de banco en la ciudad de Estocolmo (Ochberg, 1971), en el cual,

la rehén de varios días desarrolla un vínculo afectivo al grado de defender al captor por la comprensión de las motivaciones que lo llevaron a cometer el delito, y posteriormente, contrajo matrimonio con este. Ferenczi (1873-1933) llamó a este vínculo afectivo “identificación con el agresor”, aunque la creación de este concepto, previamente, ha sido atribuida a Freud (Jay, 2002).

Esta teoría sugiere que las mujeres maltratadas mantienen con el agresor una relación marcada por el tipo de reacciones psicológicas descritas, en las que hay una protección mutua. Ello puede ser visto como una respuesta pasiva, pero paradójicamente, también puede ser vista como activa, en el sentido de lograr la supervivencia (Venguer, Fawcett, Vernon, y Pick, 1998).

De acuerdo a Graham y Rawlings (1991) este síndrome se basa en un estado disociativo, donde la víctima niega la parte violenta del comportamiento del agresor, a la vez que desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo, ignorando así, sus propias necesidades y volviéndose hipervigilante ante las de su agresor. Se presenta bajo cuatro condiciones: a) que la víctima perciba una amenaza a la supervivencia física o psicológica, y crea fuertemente que el abusador cumplirá con tal amenaza; b) la mujer en cautiverio, dentro del contexto de terror, perciba la más mínima expresión de amabilidad de parte de su captor; c) exista un aislamiento total de perspectivas que no sean las del abusador; y d) que la víctima perciba incapacidad para escapar.

## **2.07 Síndrome de Adaptación Paradójica**

Este síndrome fue formulado por Montero-Gómez (1999; 2001) después de analizar el síndrome de Estocolmo, en donde las mujeres en situación de maltrato, presentan algunas de las condiciones, pero no todas. La teoría del

síndrome de adaptación paradójica intenta explicar este fenómeno, fundamentado en el vínculo interpersonal de protección entre la víctima y el victimario, en un ambiente traumático y pocos estímulos externos, donde se genera en la víctima un patrón mental. Se desarrolla en cuatro etapas: a) En la fase desencadenante, se rompe el lazo de seguridad construido previamente por la pareja en su relación afectiva por las primeras manifestaciones de violencia, llevando a la mujer a un estado de desorientación, pérdida de referentes, reacciones de estrés y posible depresión, tendientes a la cronicidad; b) En la fase de reorientación, la víctima busca nuevos referentes y trata de reordenar sus esquemas cognitivos, intentando ser congruente con su comportamiento, el compromiso con la pareja y la realidad traumática experimentada. En este intento la mujer inicia en un proceso de autoinculpación, cree ser la causante y merecedora de la violencia que recibe, y entra en un estado de indefensión y resistencia pasiva; c) La siguiente fase es de afrontamiento, donde la mujer adopta el patrón mental de la pareja, a la vez que trata de encontrar modos de autoprotección psicológica, fuera del entorno doméstico de la pareja; d) La fase terminal, es de adaptación, la víctima coloca la culpa en el exterior, es decir, hacia otras personas, con lo que arraiga el síndrome mediante un proceso de identificación con el esquema mental de la pareja.

Al revisar estas teorías se observan elementos entremezclados de una y otra, y de alguna manera, se complementan. Definitivamente, hay un aprendizaje, hay un trauma, cuyo nivel de gravedad va a variar, puede haber una respuesta de impotencia aprendida o reacción de huida ante el peligro, en algunas se ve claramente reflejado el síndrome de Estocolmo, mientras que en otras no, o, en algunos casos, se reflejan más las etapas del síndrome de adaptación paradójica. Estas teorías están centradas en el ámbito social, como es el patriarcado, el aprendizaje social y la feminista

radical, mientras que las otras se ubican en lo que sucede, de manera individual, en la mujer, tratando de explicar por qué se mantienen en una relación de maltrato, como son la del síndrome de la mujer maltratada, la teoría del trauma y el estrés postraumático. Ambas se quedan limitadas a examinar un solo factor determinante en este fenómeno tan complejo.

## **2.08 Otras Teorías centradas en las Características Personales de la Mujer**

Otras teorías enfatizan las características personales que las hacen vulnerables a sufrir de violencia ejercida por la pareja:

-La dependencia creada por el vínculo afectivo de la víctima hacia el victimario. Donde se pone en juego la desesperanza aprendida, y adaptación paradójica (Hirigoyen, 2006; Pizzey, 1974; Rousanville, 1978).

- Autoestima baja, en donde no pueden reconocer su valía como personas por su trayectoria de malos tratos (Carlson, 1977; Fernández, 2006, 2011; Martín, 1976; Ridington, 1977-1978; Star, 1978).

-Actitudes tradicionales por el aprendizaje en el sistema patriarcal del comportamiento que corresponde a la mujer (Langley y Levy, 1977).

-Teoría de costos beneficio, en donde la mujer tiene serias barreras económicas y no se decide a dejar al maltratador a menos que dejarlo le reporte un beneficio mayor que el costo de permanecer junto a él (Strube y Barbour, 1983; 1984).

-Teoría del masoquismo. Esta teoría basada en los postulados freudianos de la búsqueda del placer en el dolor y el sufrimiento, señala que las mujeres maltratadas permanecen en una relación violenta por sentir placer cuando las maltrata el agresor, y en caso de dejarlo, buscan y provocan otra relación igualmente agresiva, por esta necesidad consciente o inconsciente

de obtención de placer a través del dolor (Faulk, 1974; Shainess, 1977; Snell, Rosenwald, y Robey, 1964).

Terceras explicaciones de este fenómeno surgen de la teoría sistémica y el modelo ecológico, donde el proceso de las interacciones y la evolución de las personas juegan un papel importante, considerándose la violencia contra la mujer por la pareja un problema multifactorial.

## **2.09 Teoría General de Sistemas**

Esta teoría nace para la integración de las ciencias naturales y sociales, además de la preparación de científicos. El término fue forjado por Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) con el propósito de unificar los principios conceptuales y metodológicos de las distintas disciplinas.

Un sistema es un “conjunto de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directo o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo” (Bertalanffy, 1968).

En este sentido, esta teoría plantea entender al entorno y al individuo como sistemas que forman parte de un todo, donde el objetivo primordial es conseguir la estabilidad del sistema a través de los procesos homeostáticos, en interacción con el ambiente. Por la tanto, el individuo, la pareja, la familia, las instituciones, son subsistemas del sistema social. Así, la violencia intrafamiliar y la violencia en la pareja, obedecen a un desbalance entre los subsistemas, que mantiene la homeostasis familiar.

## **2.10 Teorías Enfocadas en el Modelo Ecológico**

El modelo ecológico, propuesto por Bronfenbrenner (1987) asume el desarrollo humano a partir de la interacción del individuo con el ambiente ecológico, en donde lo importante para el desarrollo y la conducta, es la manera en cómo es percibido el ambiente, y no tanto su correspondencia con la realidad objetiva. Cada individuo se encuentra inmerso en distintos entornos del ambiente, estructurado en tres niveles y cada uno de ellos influye en el desarrollo psicológico.

El desarrollo humano, que se define “como la concepción cambiante que tiene una persona del ambiente ecológico, y su relación con éste, así como también su capacidad creciente para descubrir, mantener o modificar sus propiedades” (Bronfenbrenner, 1987, p. 29).

El proceso de desarrollo del individuo, en términos del modelo ecológico, está centrada en el cúmulo de interacciones con los distintos niveles de los subsistemas que comprende este modelo para explicar el desarrollo psicosocial del individuo: el círculo interior o microsistema correspondiente al individuo, y a la familia, en el que se establecen los vínculos más significativos; un círculo intermedio o meso sistémico, correspondiente a la red social personal, como puede ser el colegio, o un centro de acogida, etc.; y, un círculo externo o macro sistémico que corresponde a la sociedad y la cultura, con su ideología, creencias morales, religiosas y costumbres tradicionales, así como a los poderes políticos, legales y judiciales, a través de sus leyes, normativa y reglas.

Este modelo expone el desarrollo psicosocial como el punto de partida de las relaciones significativas a partir de las cuales se forma una identidad, sentido de adaptabilidad y competencia, entre otras, y dan soporte a la salud mental y social (Álvarez-Ramírez, 2008; López-Rosales, Moral, Díaz-Loving, y Cienfuegos-Martínez, 2013).

La OMS (Heise, 1998; OPS, 2003a) adopta este modelo para explicar la violencia en la pareja desde la perspectiva de la salud pública y considera que la violencia intrafamiliar, y de pareja, es multicausal, e intervienen factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

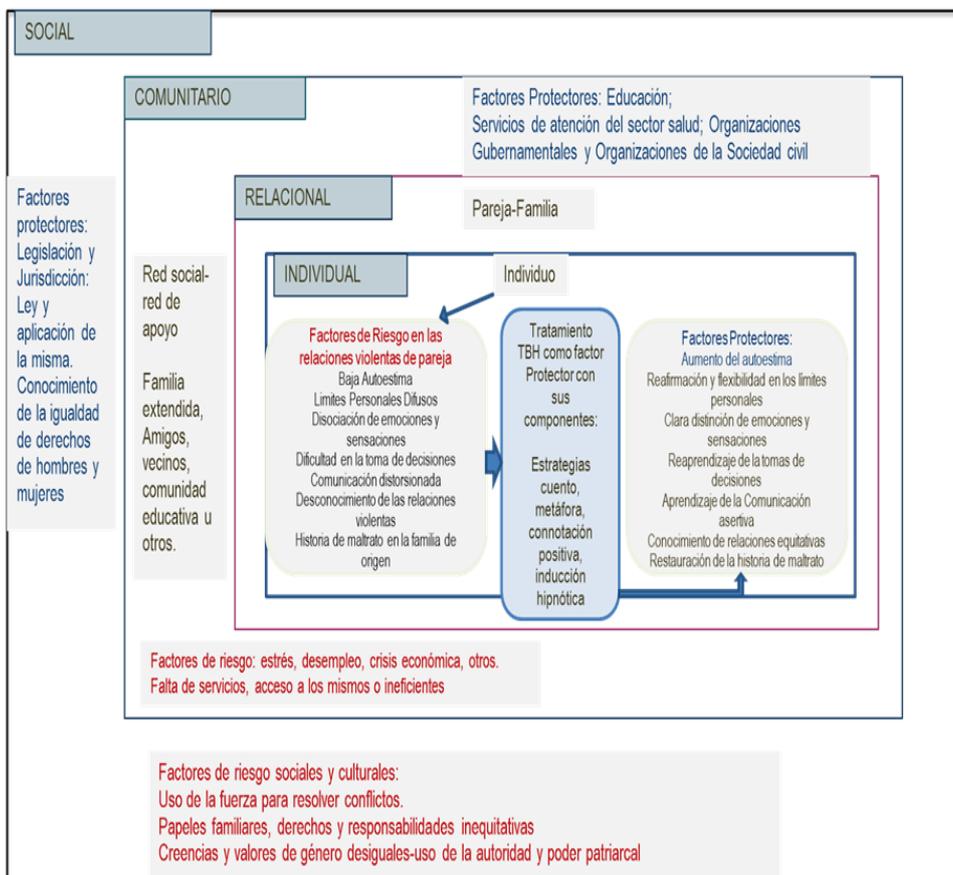
Desde esta perspectiva, la violencia de pareja pudiera ser predecible hasta cierto punto. Predicción en términos de poder pronosticar un futuro evento violento a partir de la información obtenida, sobre qué factores de riesgo y de protección, están presentes en la relación. Dependiendo de su combinación particular, genera una probabilidad de que el evento ocurra, o no, en el futuro inmediato, o a medio plazo, en un escenario dado. Por ello, la presencia de uno o más factores de riesgo, no necesariamente, indican una relación causal particular, sino que incrementan la probabilidad de un evento asociado a esos factores de riesgo. Por tratarse de un problema multifactorial de acuerdo con las características de los factores de riesgo, aumentan las probabilidades de cierto tipo de acto violento, el cual puede ser de tipo físico, psicológico, sexual o económico (Pueyo et al., 2008).

Garbarino (1976) en su interpretación del modelo ecológico, plantea el sistema individual, familiar y cultural como predisponentes de la violencia; enfoca al sistema social como un factor de mediación, mientras que el estrés subjetivo, los sucesos de la vida y la interpretación de los mismos, como instigadores del maltrato, especialmente, del maltrato infantil.

La figura 2.1 muestra una adaptación del modelo ecológico aplicado a la violencia intrafamiliar elaborado por Corsi (1999) para indicar los elementos del tratamiento de terapia breve hipnótica. En ella se observan los diferentes sistemas. El microsistema donde se ubica el individuo; el sistema relacional que engloba las relaciones cercanas como la pareja y la familia; el sistema comunitario que abarca colegio, trabajo, comunidad en general; y el sistema social, con las leyes, organismos, creencias, etc. Del

mismo modo, cada uno de estos niveles presenta los posibles factores de riesgo y factores protectores.

Figura 2.1. Modelo Ecológico Ajustado al Tratamiento de TBH para la Mujer Maltratada por la Pareja



Nota. La figura 2.1 muestra una adaptación del modelo ecológico aplicado a la violencia intrafamiliar elaborado por Corsi (1999) para indicar los elementos del tratamiento de terapia breve hipnótica.

Para Barcelata-Eguiarte y Álvarez-Antillón (2005) el fenómeno de las relaciones de maltrato se centra en la tríada padre-madre-hijo/a en cuanto a las relaciones y vínculos que estos establecen como en los

conflictos intergeneracionales o la venida de hijos/as deseados/as o no deseados/as.

Stith y Rosen (1992), por su parte, dan mayor relevancia a los aspectos “psicosociológicos interactivos”, es decir, enfocando el modelo en la vulnerabilidad durante el proceso de socialización individual y familiar, en interacción con los recursos personales, la red social y la familia, las fuentes de estrés en el proceso evolutivo y el contexto cultural.

Lo mismo ocurre con los factores protectores, pero a la inversa, la presencia de tales factores reduce la probabilidad de que un evento ocurra. La investigación de tales factores -estimulado por el deseo de prevenir y evaluar el riesgo de ocurrencia, en este caso, de actos violentos contra las mujeres- ha sido una ayuda considerable en la investigación epidemiológica (Pueyo et al., 2008).

Sin embargo, la predicción no es directa, ya que los riesgos no son independientes uno a otro, y actúan diacrónicamente y sincrónicamente en la producción de actos violentos con una variedad amplia de grados de influencia (Stith, Rosen, McCollum, y Thomsen, 2004).

En resumen, las teorías explicativas del patriarcado y del aprendizaje social, contemplan dos aspectos importantes en este fenómeno. La primera se observa, de acuerdo al modelo ecológico en el macro sistema, con un sistema de creencias e influencia cultural. La segunda, está presente en todas las jerarquías de interacción entre los sistemas. Es común aprender de los modelos en el sistema relacional (subsistema parental, el subsistema filial), en el comunitario, como el colegio, etc.

Las teorías que describen el fenómeno y hablan de las consecuencias en la salud de la mujer, también son relevantes en cuanto tener conocimiento de las particularidades de este fenómeno, y plantea criterios para observar la evolución de las mujeres. Aunque se debe mencionar, que el uso del término síndrome, es inapropiado puesto que no se trata de un cuadro de enfermedad o discapacidad inherente a las mujeres en condición

de violencia, como es el síndrome de Down, Asperger u otros, sino un cuadro de síntomas que presentan ante una interacción en el sistema relacional influenciado por las creencias y valores de los sistemas circundantes.

En este sentido, estas teorías están limitadas a uno u otro elemento presente en el fenómeno de la violencia contra la mujer ejercida por su pareja. A diferencia de esas teorías, la teoría basada en el modelo ecológico, enmarca esta problemática psicosocial como multifactorial, aunque los autores expuestos se enfoquen en algún aspecto en particular, no dejan de ver el resto de los elementos en sus distintos niveles del sistema total.

En esta tesis se adopta el modelo ecológico, por contemplar los aspectos individuales, relacionales, y sociales, que pueden convertirse en factores de riesgo, o bien, potencialmente en factores protectores para la formación y crecimiento de la persona. Por lo tanto, se asume que puede darse un desarrollo de manera saludable, a partir de su interacción con la pareja y la familia, o bien, problemático o desviado, o violento, según la sinergia de tales factores.

Es decir, se pensó que las mujeres que sufren o sufrieron de violencia por su pareja, tuvieran acceso a un tratamiento específico que pudiera reducir los efectos del maltrato y solucionar los problemas subyacentes de los factores de riesgo aún presentes que les hubieran obstaculizado su crecimiento personal. Pero al mismo tiempo, un tratamiento que refuerce los factores protectores con los que cuentan, y les provea de los que carecen de tal forma que tenga un efecto positivo en el sistema de pareja y familiar, para romper con el ciclo de la violencia.

### **3. Tratamientos Psicoterapéuticos Dirigidos a la Mujer Violentada por la Pareja**

Las propuestas de tratamientos psicológicos dirigidos a las mujeres maltratadas, se han ido multiplicando en este siglo, una vez reconocido la urgencia de ello, lo que conlleva a la necesidad de evaluar su efectividad y eficacia. Diferentes enfoques psicológicos han formulado diseños de investigación con el fin de aportar científicamente métodos viables para la solución de este grave problema de salud pública. Algunos de ellos se mencionan en el presente trabajo, sin pretender plasmar la totalidad de ellos, solo se presentan algunos para tener un panorama de lo que se ha hecho al respecto en los tiempos más recientes, específicamente de los que han logrado determinar su efectividad en términos de la reducción de síntomas, y el sostenimiento de esta reducción en el seguimiento.

Para la comprobación de la efectividad y eficacia de tales tratamientos se puede partir desde los distintos enfoques terapéuticos, como el cognitivo comportamental (Labrador y Alonso, 2007; Labrador et al., 2006, 2009); musicoterapia (Fernández, 2006, 2011), y la hipnoterapia, entendida como la inserción de la hipnosis en un tratamiento con otros componentes (Kwan, 2009; Poon, 2009), entre otros (Crespo y Arinero, 2010; Guerrero y García, 2008; Stapleton, Taylor, y Amundson, 2007; Stith et al., 2004).

Los estudios de Labrador, Fernández-Velasco, y Rincón (2006, 2009), Labrador y Alonso (2007), y Crespo y Arinero (2010) utilizaron un enfoque cognitivo-comportamental, todos manejando un número igual o menor a 8 sesiones y enfocándose en tratar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, la depresión, y la ansiedad. Estos estudios incluyeron varios instrumentos de medición pre y post tratamiento para validar su eficacia, encontrando en común la disminución o superación de los síntomas en un mínimo del 85% de los casos. Las limitaciones en común

de estas investigaciones fueron el reducido tamaño de la muestra y la ausencia de un grupo control.

Por otro lado, Stith, Rosen, y McCollum (2002), utilizaron un programa integrado basado en los principios de la terapia centrada en soluciones (De Shazer, 1997; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Un aspecto novedoso de su estudio fue el utilizar grupos de parejas en una sola sesión. Una ventaja del estudio con intervención dirigido a grupos de parejas, es la reducción del coste de la investigación respecto del tratamiento a parejas individuales. Una desventaja de los estudios grupales es la dificultad de seguimiento a cada pareja, especialmente si se da seguimiento durante varios años. Los autores encontraron que la violencia masculina, en grupos multiparejas, fue significativamente más baja después de 6 meses (25%), y como consecuencia, la satisfacción marital incrementó. Así, entre los individuos participantes en grupos conforme disminuyó la violencia en el hombre, la aceptación de la misma por parte la esposa, también disminuyó, lo que no sucedió entre las parejas atendidas individualmente, o en el grupo control (Stith et al., 2002).

Fernández (2006, 2011), llevó a cabo dos estudios aplicando musicoterapia con mujeres maltratadas, uno en Tijuana, B.C., México, y el otro en la Habana, Cuba. En ambos estudios encontró la disminución de los síntomas depresivos, el aumento en la autoestima y una mejoría general. Las limitaciones del estudio residen en el reducido número de la muestra y la ausencia de un grupo control.

Guerrero y García (2008), utilizaron la terapia constructivista sistémica en 8 mujeres maltratadas, con un número total de 12 a 15 sesiones. Encontraron como resultados la reducción de los síntomas y la emergencia de construcciones de la identidad mucho más elaboradas. Con las mismas limitaciones de los estudios presentados anteriormente.

La Tabla 7 relaciona estos estudios con la muestra, tratamiento, problemas centrales, los resultados, así como las respectivas limitaciones.

Tabla 7

*Tratamientos a Mujeres Maltratadas por la Pareja*

Estudio	Muestra Núm. de sesiones	Tratamiento Tipo terapia y metas	Problema o síntomas a tratar	Resultados	Limitaciones
Labrador et al. (2006).	<u>20</u> <u>mujeres</u>  8 sesiones.	Terapia cognitiva y terapia de exposición: Psicoeducación Entrenamiento en control de la activación.	TEPT Depresión Autoestima	El programa fue efectivo para la reducción del TEPT en el 100% de los casos. Mejora significativa en: depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.	Muestra pequeña y ausencia de grupo control.
Labrador y Alonso (2007).	<u>34</u> <u>mujeres</u>  8 sesiones	Terapia cognitiva y terapia de exposición: Psicoeducación Entrenamiento en control de la activación	TEPT Depresión Autoestima	Superación del TEPT en el 85% de las participantes, en: Depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas.	Muestra pequeña y ausencia de grupo control
Labrador, et al. (2009).	<u>20</u> <u>mujeres</u>  8 sesiones	Terapia cognitiva y terapia de exposición: Psicoeducación Entrenamiento en control de la activación	TEPT	Superación del TEPT en 80% de las participantes y: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas.	Muestra pequeña y ausencia de grupo control
Guerrero y García (2008).	<u>8 mujeres</u>  12 a 15 sesiones	Terapia constructivista- sistémica.	Violencia de género, depresión y ansiedad.	Reducción de los síntomas y la emergencia de construcciones de la identidad mucho más elaboradas.	Muestra pequeña y ausencia de grupo control

Continuación Tabla 7

Crespo y Arinero, (2010).	<u>53 mujeres</u> 8 sesiones por semana de 90 minutos	Programa cognitivo-conductual: Psicoeducación Control de la respiración Autoestima Reestructuración cognitiva Solución de problemas Planeación de actividades gratificantes Prevención de recaídas Habilidades de comunicación (muestra 25) -Exposición- (muestra 28).	Síntomas postraumáticos -Ansiedad -Depresión -Niveles de autoestima -Expresión de la ira.	Disminución de síntomas post traumáticos depresivos y de ansiedad, que se mantuvieron durante los distintos momentos de medición.	Ausencia de grupo control.
Stith et al, (2004).	<u>42 parejas</u> 10 a 12 sesiones de terapia individual de pareja y 10 a 12 sesiones de terapia grupal multipareja	Terapia centrada en soluciones con técnicas cognitivas y de teoría de sistema familiar de Bowen.	Parejas con violencia hacia la mujer.	Violencia disminuyó a 25 % después de 6 meses de tratamiento, en comparación con parejas de tratamiento individual con 66% de violencia.	-Muestra limitada a parejas que ya no estaban viviendo violencia. -Se excluyeron parejas con abuso de sustancias.
Fernández (2006).	<u>7 mujeres</u> 9 sesiones	Musicoterapia	-Depresión -Ansiedad -Autoestima	Aumento en el autoestima y disminución de síntomas depresivos.	Muestra pequeña. Ausencia de grupo control.

Continuación Tabla 7

Fernández (2011).	<u>10 mujeres</u> 26 horas en 13 sesiones	Musicoterapia	Síntomas resultantes de vivir maltrato: -baja autoestima -depresión -estrés	La musicoterapia asistió en la expresión de sus sentimientos, la relajación y el fortalecimiento de la autoestima, logrando una mejoría avanzada.	Muestra pequeña y ausencia de grupo control.
Stapleton, Taylor y Asmundson (2007).	3 mujeres con TEPT por maltrato de la pareja y 56 otros tipos de <u>trauma</u> . 8 sesiones de 90 minutos.	Terapia de exposición Movimiento ocular Desensibilización Reprocesamiento Entrenamiento de relajación.	Síntomas de trastorno de estrés posttraumático	En la muestra total, mujeres maltratadas y sin maltrato. Se encontró que la terapia de exposición dio mejor resultado que la terapia de relajación y el EMDR. Estas dos últimas tuvieron el mismo nivel de eficacia.	El grupo de mujeres maltratadas es muy pequeño.
Poon (2009).	4 mujeres sobrevivientes de trauma. 1 maltrato por <u>la pareja</u> .  Sesiones según la necesidad de la paciente.	Hipnoterapia, enfocándose en tres fases: Estabilización, procesamiento del trauma -integración	Síntomas de TEPT	Mejora en los síntomas de trastorno de estrés posttraumático en las 4 pacientes.	La muestra es muy pequeña. Utilización de pocos instrumentos de evaluación.
Kwan (2009).	<u>1 paciente</u> 16 sesiones	Hipnoterapia: Construir recursos Fortalecimiento Mental Enfrentando experiencias traumáticas- Orientación al futuro.	Síntomas de TEPT complejo.	Recuperación exitosa de las experiencias traumáticas. Disminución de los síntomas.	Muestra muy pequeña.

Los estudios de Stapleton et al., (2007), Kwan, (2009) y Poon, (2009) utilizaron la hipnosis como parte de sus tratamientos. Estos tres estudios utilizaron diferente número de sesiones y varios instrumentos de medición. Los planes de tratamiento encontraron puntos en común, como la desensibilización del paciente, la relajación y el reprocesamiento e integración del trauma. El estudio de Stapleton (2007), utilizó también técnicas de *Eye Movements Desensitization and Reprocessing* y exposición. Los tres estudios encontraron como resultado la mejoría de los síntomas de estrés postraumático. Sin embargo, las limitaciones comunes fueron muestras pequeñas, cuatro mujeres en un estudio de (Stapleton et al., 2007), y una, en los otros dos estudios (Kwan, 2009; Poon, 2009); además de tratarse de mujeres que ya estaban fuera de la relación de violencia. Estos autores resaltan la necesidad de llevar el estudio de la hipnosis en el tratamiento de estas mujeres a una mayor escala para dar mayor validez a su efectividad en la solución de este grave problema de salud pública.

Algunos de los retos para demostrar la efectividad de un tratamiento, son el apego al agresor y la adhesión al tratamiento.

Los resultados del estudio de (Loubat, Ponce, y Salas, 2007) indican que el grupo de mujeres víctimas de violencia en la pareja, presentan un estilo de apego preocupado, con características que influirían en el afrontamiento del maltrato y consecuentemente en el sostenimiento de este. Lo que trae como consecuencia que la mujer no busque tratamiento, tanto individual como de pareja, o bien, si accede a alguno, es probable que lo abandone debido al apego hacia el agresor.

La no adhesión al tratamiento, también podría estar relacionada a las circunstancias específicas de cada mujer, debido a que se encuentran en un período de transición, donde deben solucionar problemas inmediatos como el cambio de empleo, domicilio, o estar en una casa de acogida, etc. Por lo mismo, podrían requerir en ese momento de sus vidas de todo su

tiempo disponible, por lo que el formato de terapia grupal no favorece la accesibilidad debido a los horarios que ofrecen. Asimismo, podría haber relación de abandono con la falta de motivación, ya que el mayor porcentaje de abandonos ocurren durante las primeras sesiones (Crespo y Arinero, 2010).

Otro problema por el cual las mujeres maltratadas por la pareja no denuncian o no se insertan en un programa de atención psicológicas, es que dentro del sistema jurídico-penal existen estereotipos negativos en los agentes jurídicos para valorar la credibilidad del testimonio de las víctimas, como son la construcción de identidades de mujer víctima y mujer manipuladora. Por ello, existen propuestas para trabajar aspectos como la sensibilización, formación y uso de la práctica reflexiva en estos agentes del sistema jurídico-penal para transformar ciertas prácticas dentro de la institución (Albertin, Cubells, y Calsamiglia, 2009).



## **4. Terapia Breve e Hipnosis**

Este apartado tiene como objetivos: a) Esbozar los antecedentes de la Terapia Breve (TB), plantear sus características principales, así como especificar los elementos que fueron tomados de la Terapia Sistémica y Estratégica en el paquete terapéutico seleccionado en la tesis; b) Presentar los antecedentes del estudio de la hipnosis y sus aplicaciones, partiendo de una definición y de evidencias de su efectividad coadyuvante en los tratamientos médicos y psicológicos; c) Mostrar los principios de la hipnosis ericksoniana; d) Exponer formas lingüísticas, que de igual forma, fueron utilizadas, en función de la terapia ericksoniana, como la metáfora, analogías y el cuento.

Antes de ello, se hace necesario retomar la Teoría General de los Sistemas (TGS), ya que han sido en alguna medida, los cimientos de las estrategias terapéuticas de la Terapia Breve Sistémica (TBS).

### **4.01 Teoría General de los Sistemas**

Entendemos por sistema, palabra proveniente del latín tardío *systema*, y este del griego σύστημα *sýstēma*, las definiciones generales aportadas por La Real Academia Española (2014): Conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí; y, conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto.

Bertalanffy (1968) construyó la idea pensando en la falta de conceptos y elementos para el estudio de los sistemas vivos, por tratarse de sistemas complejos con propiedades específicas y distintas a las de los sistemas mecánicos. De la misma forma, consideró que era necesaria la integración de diferentes tipos de ciencias naturales, sociales e incluso

exactas, para facilitar soluciones más integradas a los problemas en los sistemas.

Originalmente, los propósitos de la TGS, de acuerdo a Arnold y Osorio (1998), son:

- a. Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- b. Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último,
- c. Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

En síntesis, la TGS tiene la intencionalidad de integrar el conocimiento científico, facilitar la interdisciplinariedad, asumiendo que los aspectos de la realidad son interactivos e interdependientes.

El principio clave en que se basa la TGS es la noción de totalidad (Arnold y Osorio, 1998). Lo que quiere decir que un cambio en alguna de las partes del sistema producirá cambios en otra, por lo que el efecto de este cambio implicará algún tipo de ajuste a todo el sistema. Así, la familia vista como sistema, al recibir algún estímulo, situación, evento o circunstancia, que suponga un cambio, afectará a cada uno de sus miembros. Pero, este cambio será diferente en cada uno de ellos como subsistemas o elementos del sistema familiar, para reajustar su homeostasis del sistema total. En este sentido es de esperarse que, al ser afectadas positivamente las mujeres maltratadas, mediante el tratamiento propuesto, como subsistema del sistema familiar, provoque un efecto en la homeostasis que lleve a la familia a evolucionar.

## **4.02 Antecedentes de la Terapia Breve**

La psicoterapia breve surge fundamentalmente como respuesta al aumento de la población consultante, que obliga a las instituciones a proporcionar tratamientos cada vez más breves.

La terapia breve tiene sus orígenes desde los años 30 y 40 del Siglo XX. S. Freud (1937) en su discurso de “Análisis terminable e interminable” reconoce, que desde los inicios del psicoanálisis se habían hecho intentos por abreviar el tiempo de análisis. Intentos basados en “las imperativas consideraciones de razón y de conveniencia” (p. 3339).

En la década de los años 40, comienza un movimiento de psicoterapia psicoanalítica breve, profundizan principalmente en la técnica dirigida al *insight*.

Más adelante surgen distintos modelos terapéuticos psicoanalíticos con metas reducidas, más moderadas en comparación a las propuestas ampliamente en el tratamiento psicoanalítico, dependiendo de las necesidades inmediatas y a mediano plazo del consultante. Los objetivos se plantean hacia la superación de síntomas y problemas del momento en la realidad del paciente, con el fin de que este enfrente más apropiadamente determinadas situaciones conflictivas y recobre su capacidad adaptativa. Ávila-Espada (1991) y A. Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco (2001) mencionan algunos de estos modelos:

a) Modelo de la clínica Tavistock, de Malan (1976, 1983). Con duración aproximada de 20 a 30 sesiones, y centrada en la interpretación precoz de las reacciones transferenciales, y la relación con los padres.

b) Modelo Stapp, *Short-term anxiety-provoking psychotherapy*, de Sifneos (1987, 1992). Sesiones semanales con duración de 45 minutos. La técnica es la confrontación para provocar ansiedad en pacientes con trastornos neuróticos. El tratamiento se centra en la interpretación del

núcleo edípico, y el afrontamiento de la clarificación inmediata de las relaciones transferenciales.

c) Modelo de psicoterapia dinámica breve intensiva de Davanloo (1978, 1980, 1992). Este modelo era menos exigente en la selección de pacientes, y estaba enfocado en reducir las resistencias con una técnica que denominó “desactivación del inconsciente”.

Sin duda, otro modelo psicodinámico es el propuesto por Bellack y Siegel (1986) que vieron la necesidad y urgencia de acotar el tiempo de atención psicológica, con los combatientes de guerra. Una de sus aportaciones fue la evaluación de la eficacia. Reportaron un mayor número de pacientes recuperados (82%) en quienes recibieron la psicoterapia breve con respecto a los que no la recibieron.

Más adelante, Balint y Ornstein (1996), introducen el término *Foco*, terapia centrada en objetivos, atención y desatención selectiva, seguido por la terapia de foco encabezada por Braier (1981) y Fiorini (1993). Se sitúa en un alivio sintomático producto de comenzar a obtener *insight* en el paciente. Es de duración limitada a unos meses, y la técnica interpretativa parcial, es decir, centrarse en los puntos de conflicto inmediatos.

La terapia conductual aparece en los años 50 del Siglo XX. El centro de atención es la modificación de la conducta. De acuerdo con Cruz (1984), hay tres corrientes centrales la sudafricana con Wolpe, creador de la inhibición recíproca; la escuela inglesa, representada por Eysenck, Shapiro y Yates; y, la escuela Skinneriana americana. Al no ser la base de la intervención propuesta en la presente tesis, no se desglosa más estos modelos terapéuticos.

Surgen también en el Siglo XX, la terapia cognitiva. De acuerdo con Ruíz-Sánchez y Cano-Sánchez (1992) se le atribuye al psicólogo alemán Lungwitz (1926) la creación de una terapia renovada, al modificar el método psicoanalítico freudiano que condujo, de alguna manera, a la terapia cognitiva. Adler (1968) desarrolló un método aproximado a lo que

se conoce hoy en día sobre la terapia de reestructuración cognitiva. Pero es A. Beck (J. Beck, 2000) quien la desarrolla teórica y técnicamente, como la Terapia Cognitiva para diversos trastornos psiquiátricos y dirigido a personas de diversos grupos sociales.

Otros modelos de Terapia Cognitiva son los Conductuales, si bien la Terapia Cognitiva de Beck devino lo conductual, como: la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (1962), la modificación cognitivo-conductual de Meichenbaum (1977), y la terapia multimodal de Lazarus (1976).

La Terapia Cognitiva-Comportamental parte de la hipótesis central de que "Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (A. Beck, 1964; Ellis, 1962)" (J. Beck, 2000). Lo que significa que la conducta, acciones, emociones, sentimientos de una persona dependen de las interpretaciones acerca de las circunstancias, a partir de sus pensamientos y su forma de percibir el mundo. El tratamiento está dirigido a la modificación de pensamientos disfuncionales con el fin de que la persona tenga más control sobre sí mismo, y sus principales aplicaciones son en problemas de ansiedad, depresión y adicciones.

La terapia breve cognitivo-conductual, propuesta por Meichenbaum y Cameron (1982), plantea al usuario ampliar y adquirir nuevas habilidades para enfrentar exitosamente momentos de riesgo, así como advertir situaciones difíciles.

Particularmente, la Terapia Cognitiva Comportamental, ha sido uno de los modelos más utilizados en la terapia para mujeres maltratadas por la pareja, demostrando en la mayoría de los casos, como se ha visto en el apartado sobre los tratamientos a estas mujeres, ser más efectivos entre las orientaciones psicológicas en la solución de este problema psicosocial y de la salud pública.

No obstante, en las décadas de los 50 a los 70 surgen diferentes modelos de la terapia familiar con base a la Teoría de la Comunicación, la

Cibernética y la Teoría General de Sistemas (Pereira-Tercero, 1994) que van siendo la antesala de la TBS, de la cual parte el tratamiento propuesto en la presente tesis.

Entre los investigadores pioneros de la TBS, podemos ubicar a Bateson (1956), antropólogo y cibernético, que forma al Grupo de Palo Alto, y Jackson, que, en 1959, funda el Instituto de Investigación Mental (MRI) de Palo Alto (Pereira-Tercero, 1994). Al que se van sumando la participación de diversos colaboradores como Satir y Riskin, Haley y Weakland (Pereira-Tercero, 1994). Poco después (1962) se integró Watzlawick, psiquiatra austríaco, interesado en la comunicación, que con la influencia de Bateson, planteaba que los intentos de solución entre los seres humanos, era precisamente, lo que ocasionaban los problemas humanos, y, por lo tanto, la terapia debía ser breve y mínimamente intervencionista (Minuchin, Lee, y Simon, 1998). Otros autores se fueron sumando, como Fisch, Bodin, Ferreira, Fry y Sluzki (Pereira-Tercero, 1994).

Estos investigadores de la Terapia Familiar interesados por la interacción y relaciones familiares, inicialmente tuvieron afinidad por trabajar con familias con miembros esquizofrénicos por el tipo de comunicación. Se planteó que la conducta esquizofrénica tenía su origen en una incapacidad para codificar mensajes pautados tradicionalmente, y confundían una afirmación metafórica con una literal (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956).

Surgen diferentes modelos de la Terapia Familiar solo se mencionará el utilizado para el diseño del plan de tratamiento propuesto en la presente tesis, el enfoque estructural estratégico que surgió en los años 70.

Este enfoque fue el resultado del encuentro entre dos modelos de terapia familiar. La Escuela Estratégica fundada por Haley proveniente del *MRI*, junto con Madanes, que recibieron una influencia categórica por parte de Erickson (Madhanes, 1982). Y, la Escuela Estructural encabezada

por Minuchin junto con Montalvo, Guerney, Auerswald y King (Pereira-Tercero, 1994).

El trabajo de esta última escuela estaba centrado en población marginada de New York debido a la subvención gubernamental que recibieron para trabajar con las familias atendiendo no solo los síntomas sino también el contexto en que estos emergían, en familias pobres y marginadas. Sus fundamentos teóricos fueron, del estructuralismo, las teorías de Piaget y Levi-Strauss, en el campo de la Terapia Familiar Ackerman (Guerin 1976; Hoffman, 1981), y de la orientación ecológica la influencia de Auerswald (1968). Posteriormente, integran los aspectos estratégicos de Haley y Speck (Pereira-Tercero, 1994) dando como resultado el enfoque estructural estratégico.

Una diferencia en esta orientación del enfoque estructural estratégico, respecto a los modelos del Grupo de Palo Alto, el *MRI*, las escuelas psicoanalíticas, y los modelos italianos, enfocados en el sistema familiar como objeto de estudio, es el retomar al individuo como un subsistema con su propia estructura psicológica, en interrelación con los otros subsistemas del medio externo, además de identificar al terapeuta como agente de cambio con una visión ecológica. En este sentido, se consideraba que el encuentro terapéutico debía basarse en el entendimiento de las personas, y la comprensión de las razones que las llevaban a comportarse de la manera que lo hacían, de cómo cambiaban, y qué contexto favorecía que lo hicieran (Minuchin et al., 1998).

La conformación de la familia para el enfoque estructural estratégico se basa en tres dimensiones: *Límites, Alianzas y Jerarquías*. Sus objetivos están enfocados en reestructurar el funcionamiento familiar, para que puedan enfrentar mejor las situaciones que el medio circundante les presente a cada uno de sus miembros (Minuchin, 1979).

En la terapia sistémica, hubo una constante influencia de Erickson, ya desde la etapa pionera, donde participó en la primera conferencia de la

Fundación Macy, en 1942, sobre el tema "Inhibición Cerebral", y en la cual participaron, Mead, Bateson y Kubie (Pacheco, 2000), entre otros. En este escenario se discutió bastante sobre hipnosis. Sin embargo, y aunque hay estrategias en común, Erickson nunca quiso ser clasificado dentro de ninguna escuela u orientación psicológica, ante todo era un psicoterapeuta interesado por la persona, pareja, familia o grupo particular al que estuviera abocado en esos momentos. Ajustaba sus procedimientos al paciente o pacientes, estudiantes, etc., dada su gran capacidad de observación desarrollada durante sus años de incapacidad, por las secuelas de la poliomielitis en su adolescencia (Pacheco, 2000; Rosen, 1989).

Se le ha denominado hipnoterapeuta por ser la hipnosis uno de los recursos terapéuticos de mayor utilización por Erickson. No obstante, es importante señalar que es un término frecuentemente utilizado por los denominados "hipnoterapeutas legos", y no los profesionales. Esto debido a que la práctica de la hipnosis no nos convierte en psicoterapeutas, en cambio un psicoterapeuta puede hacer uso de la hipnosis como coadyuvante de la terapia que aplique (Capafons, 2012; Téllez, 2007).

Pero, antes de continuar con las aportaciones de Erickson, es necesario presentar brevemente qué es la hipnosis y cuál ha sido su evolución y aplicaciones.

### **4.03 Antecedentes del Estudio de la Hipnosis**

#### **4.03.1 Definiciones de hipnosis.**

Diversas definiciones han surgido, entre las más reconocidas tenemos la de Hilgard (1965) que utiliza el término de estado hipnótico, en vez de hipnosis, y plantea que este estado está caracterizado por un decaimiento de la función de planificación, la reorientación de la atención, la

accesibilidad de los recuerdos visuales del pasado, el incremento en la facultad de fantasear, la disminución en la comprobación de la realidad, al igual que, más tolerancia a su persistente distorsión, y un crecimiento de la sugestionabilidad y olvido de lo ocurrido bajo este estado hipnótico. Además, matiza la relevancia del papel que juega la conducta del hipnotizado.

Spanos y Barber (1976) plantean una situación hipnótica, infiriendo que la persona se encuentra hipnotizada cuando recibe un método de inducción hipnótico y presenta los siguientes rasgos:

a) Aumenta las respuestas a sugerencias de catalepsia, analgesia, etc.; b) informa de manera subjetiva experiencias de fenómenos poco habituales, tales como, pensamiento irracional, distorsiones de la percepción, etc.; c) muestra una apariencia hipnótica de aletargamiento, mirada fija, o movimiento ocular acelerado; y, d) la persona hipnotizada refiere haber sido hipnotizado.

H. Spiegel y Spiegel (1987, 2004) delimitan la hipnosis como un estado psicofisiológico de atención, y receptivo de concentración focalizada, con una disminución correspondiente en la conciencia periférica. Además, consideran que la capacidad para este estado varía en función de las personas y que es relativamente estable a través del ciclo de la vida adulta.

Más adelante, H. Spiegel y Greenleaf, (1992) proponen que la hipnosis o trance, es un estado animado, alterado e integrado de conciencia focalizada, esto es, imaginación controlada. Un estado de atención, y receptivo de la concentración que se puede activar fácilmente y ser medido. En el cual se requiere un cierto grado de disociación para entrar y participar en la actividad imaginativa, la concentración suficiente para un individuo para mantener un cierto nivel de abstracción, y algún grado de susceptibilidad a tomar en cuenta nuevas premisas.

Para otros autores la hipnosis es un estado disociativo especial de consciencia (Bowers, 1976; Weitzenhoffer, 1980; Wolberg, 1948, 1982), donde aumenta la posibilidad de sugestión o hipersugestionabilidad.

La definición de la Sociedad Británica de Psicología (*British Psychological Society*, 2001) menciona que: “El término “hipnosis” designa la interacción que se da entre una persona, el “hipnotizador”, y otra persona, o personas, el “sujeto” o “sujetos”. En esta interacción, el hipnotizador intenta influir en la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas de los sujetos, pidiéndoles que se concentren en una idea o imagen capaces de evocar los efectos que se pretenden conseguir. Las comunicaciones verbales que el hipnotizador emplea para alcanzar esos efectos se denominan sugestiones. La diferencia entre las sugestiones y cualquier otra clase de instrucciones, radica en que la sugestión implica que las respuestas experimentadas por los sujetos tendrán un carácter involuntario o se experimentarán sin esfuerzo. Los sujetos pueden aprender a utilizar los procedimientos hipnóticos sin necesidad del hipnotizador, lo que se denomina “auto-hipnosis”.

La *Society of Psychological Hypnosis*, División 30 de la *American Psychological Association* (APA) ha propuesto diversas definiciones de consenso, como la de la Sociedad Británica de Psicología. Las dos más recientes indican un cambio en este intento de consenso. En 2004, planteó la siguiente definición consensuada entre las perspectivas de la hipnosis como estado y no estado:

Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a una persona que se le presentarán sugestiones de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugestión inicial ampliada para usar la propia imaginación, y que puede incluir mayores detalles de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas

a las sugerencias. Al usar la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiado por otra (el hipnotizador) para que responda a las sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también auto-hipnosis, que es el acto de administrarse procedimientos hipnóticos a uno mismo. Si la persona responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente se infiere que se ha inducido una hipnosis. Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra “hipnosis” como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial. Los detalles de los procedimientos y sugerencias hipnóticos diferirán según los objetivos de quien la practique, y de los propósitos de la tarea clínica o de investigación que se intenta realizar. Tradicionalmente, los procedimientos incluyen sugerencias para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugerencias, incluidas las de alerta. Tanto en ámbitos clínicos como de investigación se pueden usar sugerencias que permiten evaluar el alcance de la hipnosis comparando las respuestas con escalas estandarizadas. Si bien la mayoría de los participantes pueden responder, al menos, a algunas sugerencias, las puntuaciones de las escalas suelen abarcar un rango que oscila desde lo elevado a lo insignificante. Tradicionalmente, las puntuaciones se han agrupado en las categorías de bajas, medias y altas. Tal como ocurre con otras medidas de constructos psicológicos escaladas positivamente, como la atención y el apercebimiento, la claridad de la evidencia de haber logrado la hipnosis se incrementa con la puntuación del individuo.

Sin embargo, posteriormente la APA (2014) publicó una serie de definiciones para dar cuenta de lo que es la hipnosis, que ya implica la ruptura de la tradición de consensuar las definiciones que realizaba:

**Hipnosis:** un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión.

**Inducción hipnótica:** procedimiento diseñado para inducir la hipnosis.

**Hipnotizabilidad:** La capacidad de un individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología, sensaciones, emociones, pensamientos o comportamiento durante la hipnosis.

**Hipnoterapia:** El uso de la hipnosis en el tratamiento de un trastorno o preocupación médica o psicológica.

Si bien hay variaciones sustanciales en la comprensión teórica de estos fenómenos, las definiciones anteriores se crearon con el interés de simplificar la comunicación acerca de los fenómenos y procedimientos hipnóticos, dentro y entre los campos de la investigación y la práctica, y, así mismo, intencionalmente, y en gran medida, son ateóricas (Traducción de la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada, AAHEA).

Estas definiciones tienen la intención de simplificar el conocimiento de los fenómenos y procedimientos que comprende la hipnosis tanto en la investigación, como en la práctica, no obstante, esta última proporcionada por la APA, trajo un retroceso de aproximadamente 25 años en la conceptualización de la hipnosis. Lo que ha emanado una serie de críticas de los expertos de reconocimiento internacional en hipnosis y sus procedimientos (Lynn et al., 2015). Comenzando por ser una réplica casi exacta de la propuesta por H. Spiegel y Spiegel (1987; 2004), donde reestablece la hipótesis ya objetada, de la reducción de la conciencia periférica, y el disputado concepto de “estado”, además de hacer un uso erróneo de hipnotizabilidad definida por Weitzenhoffer (1980), que no lo que indican otros términos más apropiados, para delimitar tal capacidad

del individuo para ser hipnotizado, tales como: sugestionabilidad, susceptibilidad o sensibilidad hipnótica (Lynn et al., 2015).

En definitiva, esta nueva definición de la APA, encierra una serie de preocupaciones en relación a (1) el contexto asociado con hipnosis, (2) si la hipnosis está presente, (3) cómo se evalúa la sugestionabilidad hipnótica, y (4) cómo debe ser estudiada y presentada la hipnosis al público (Lynn et al., 2015).

Estas definiciones nos dan una idea de los elementos que pueden ser referidos sobre lo que implica la hipnosis, sin aún tener completamente comprendido qué es la hipnosis. En la actualidad, la hipnosis aplicada en el ámbito clínico es delimitada como “el empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los sistemas terapéuticos psicológicos o médicos establecidos” (Lynn, Kirsch y Rhue, 2010, p. 4). Aún más, como afirman, Gibson y Heap (1991): “donde la hipnosis difiere de otros procedimientos terapéuticos es probablemente en el énfasis en la sugestión verbal y en la imaginación como medios para modificar directamente la forma en que un sujeto responde y experimenta su mundo interno y externo” (p. 52).

En la presente tesis se asumen las definiciones propuestas por la Sociedad Británica de Psicología (2002) y la de Erickson. La primera, porque elimina los vocablos de trance o estado, en cambio acentúa la importancia de los términos “sugestión” e “interacción social”, a la vez que destaca la acción de “evocar”. Lo que significa que la persona hipnotizada puede activar respuestas que ya se encuentran en su bagaje de aprendizajes, experiencias y conocimientos (Capafons, 2012) además de convertirse, la hipnosis, en una herramienta de autodescubrimiento cuando el individuo averigua que puede hacer o experimenta cosas que no pensaba que podría hacer o experimentar (Capafons, 2012).

La segunda definición seleccionada, es por haberse aplicado algunos de sus principios de Erickson en el tratamiento aquí realizado. Este autor también pondera la imaginación, sugestión, hipnotizador e hipnotizado, y

su mayor énfasis es, en tratarse de un proceso natural y la definía como “la evocación y utilización de los aprendizajes inconscientes” (Rosen, 1989, p. 28). Cuando menciona aprendizajes “inconscientes”, da el mismo sentido que Capafons (2012) al repertorio de aprendizajes con los que la persona ya cuenta. No obstante, Capafons no asume el concepto de mente inconsciente, hablando más de *procesos* inconscientes (Capafons, 2012).

Más adelante, se retomarán las aportaciones de Erickson a la terapia breve y sus principios.

#### **4.03.2 Algunas evidencias de la efectividad de la hipnosis en los tratamientos médicos y psicológicos.**

En relación a la elección de la aplicación de la hipnosis como estrategia central de la intervención en el tratamiento que se propone, es porque ha demostrado ser beneficiosa en la intervención clínica en el tratamiento de una extendida serie de problemas psicológicos y desordenes de salud, ayudando a la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes (Mendoza y Capafons, 2009).

Los estudios realizados con hipnosis varían en el grado de rigor metodológico. Los resultados encontrados demuestran que la hipnosis arroja mejores efectos en el tratamiento como un coadyuvante a las intervenciones médicas y psicológicas; en cambio, como intervención única, se ha comprobado una eficacia media y baja en el tratamiento de trastornos psicológicos y en el apoyo de procedimientos médicos respectivamente. Los estudios que cumplen una rigurosidad metodológica, o bien, los criterios de Chambless y Hollon (1998) son escasos; por lo que se sostiene que es necesaria la investigación con muestras más numerosas y mayor control experimental (Capafons y Mendoza, 2009). Más aún, en un estudio reciente, Molina-del-Peral, Mendoza, Capafons, y Llanes-Basulto (2016) encuentran que la calidad de los estudios realizado en el

campo de la Psicología desde 2009 a la actualidad muestran, excepto para el caso del dolor, una calidad más bien baja, desde un punto de vista metodológico.

Algunas de estas investigaciones en el área de los trastornos psicológicos y en los padecimientos médicos se describen a continuación. En la primera parte, se reporta estudios donde la hipnosis fue incorporada en el tratamiento de la ansiedad, la depresión, la obesidad, el tabaquismo, el trauma, juego patológico y su aplicación en deportes. En la segunda parte, se observan los casos donde se estudiaron los efectos de la hipnosis en: dolor, trastornos gastrointestinales, diabetes, hives, preparación para cirugía, oncología, obstetricia, trastornos dermatológicos, asma, inmunología, hipertensión, otorrinolaringología (tinnitus específicamente), odontología y, por último, pediatría.

Kai-ching Yu (2005) reporta la hipnosis efectiva como coadyuvante de la terapia cognitivo conductual, en población china para el manejo de ansiedad, así como la ansiedad antes y durante exámenes en estudiantes de pregrado (Kai-ching Yu, 2006).

De igual forma, la hipnosis como coadyuvante a la intervención cognitivo-comportamental de la ansiedad, resultó ser eficaz según la investigación de Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, y Parstynak (1997), mostrando una superioridad a comparación de la misma intervención sin hipnosis.

Besteiro-González y García-Cueto (2000) encontraron más efectividad en su intervención al aplicar hipnosis que cuando no la aplicaron, o cuando aplicaron solo relajación en casos de depresión mayor, si bien la calidad del estudio desde un punto de vista metodológico es muy baja.

El estudio de Alladin y Alibhai (2007), revelaron que los pacientes bajo el tratamiento de hipnoterapia cognitiva mostraron resultados más positivos en cuanto a depresión, ansiedad y desesperanza que los pacientes

tratados únicamente con terapia cognitivo-comportamental, cumpliendo con los criterios de Chambless y Hollon (1998) por lo que se considera un tratamiento probablemente eficaz la hipnoterapia cognitiva (Alladin y Alibhai, 2007).

Otro estudio sobre depresión (Dobbin, Maxwell y Elton, 2009) llevo a cabo un diseño de dos condiciones; una, de autoayuda con el uso de auto-hipnosis, y otra, con antidepresivos. Los 58 pacientes pudieron elegir entre uno u otro tratamiento, o ser asignado al azar a uno de esos tratamientos. Ambos procedimientos mostraron mejorías similares en los síntomas depresivos. Lo que resultó prometedor fue la preferencia de los pacientes en seleccionar la auto-hipnosis (50 de 58) como opción frente a la medicación.

Algunos investigadores consideran conveniente el uso de la hipnosis en los tratamientos para la depresión (McCann y Landes, 2010; Yapko, 2010), mientras que otros piensan que no debe usarse la hipnosis en el tratamiento de la depresión como única opción al no haber suficientes evidencias empíricas que lo sustenten (Stagg y Lazenby, 2012). Ello es admisible, si se reconoce a la hipnosis como un coadyuvante de otras intervenciones terapéuticas (Molina-del-Peral et al., 2016).

En cuanto al tratamiento de la obesidad, el estudio de Bolocofsky Spinler y Coulthard-Morris (1985), demostró que la hipnosis como coadyuvante a la terapia cognitivo comportamental es posiblemente eficaz. Manteniéndose los cambios en el seguimiento de 8 meses y 2 años en el grupo con hipnosis.

Otro estudio en el tratamiento de la obesidad es el de Byom (2009) que evaluó la eficacia de la hipnosis. Las personas fueron asignadas a tres grupos: uno, terapia cognitivo comportamental estándar, el segundo, a terapia cognitivo comportamental más hipnosis, y a un tercero, se les dio atención mínima, básicamente informativa sobre nutrición y ejercicio. Se reportó una mejora en el tratamiento de terapia cognitivo comportamental

cuando se usa hipnosis, al mejorar la motivación y la adhesión al tratamiento. Sin embargo, la efectividad de la hipnosis en el tratamiento de la pérdida de peso no es concluyente (Entwistle et al., 2014). Hace falta mucha más experimentación como se viene defendiendo desde hace tiempo (Kirsch, Capafons, Cardeña, y Amigó, 1999; Mendoza y Capafons, 2009; Pittler y Ernst, 2005; Vanderlinden y Vandereycken, 1994).

Para combatir el tabaquismo, la hipnosis se demuestra más eficaz que la lista de espera o la condición sin tratamiento; no se demuestra superior a tratamientos actuales, pero sí provee ventajas como la brevedad del tratamiento y el coste económico (Green y Lynn, 2000). Barnes et al. (2010) realizaron un meta-análisis mediante la revisión de 11 ensayos aleatorios controlados que tuvieran al menos 6 meses de seguimiento. Si bien los autores llegaron a concluir que no hay suficiente evidencia confirmatoria de que la “hipnoterapia” provoca superiores tasas de abstinencia que otras intervenciones o, en la condición de no tratamiento a los 6 meses de seguimiento, también admiten que los estudios incluidos son apenas comparables, al mostrar una alta heterogeneidad entre ellos, como el número de sesiones con hipnosis, el método de inducción a la hipnosis y el plazo de los tratamientos. Asimismo, medidas fisiológicas fueron incluidas únicamente por 2 de los 11 estudios, para comprobar la abstinencia (cotonina y monóxido de carbono).

Taire, Mottillo, Joseph, Pilote, y Eisenberg (2012) también efectuaron un meta-análisis con 14 estudios sobre el tratamiento para dejar de fumar; 4 investigaban la “hipnoterapia”, 6 la acupuntura, y 4 terapia aversiva. Concluyeron que la hipnosis puede favorecer el dejar de fumar, sin ser decisiva su aportación, por lo que son necesarios más estudios controlados para determinar si su eficacia puede alcanzar la de los tratamientos farmacéuticos.

En el estudio de Riegel (2013), 85 fumadores recibieron tratamiento con hipnosis, que podían elegir entre sesiones grupales (4) o individuales

(3), ambas con una duración de 90 minutos. El seguimiento se realizó a los 3 meses con menos del 50 % de la muestra, considerándose como fumadores a los no localizados; las tasas de abstinencia fueron del 19,6% para la intervención grupal, y del 13,8% para la individual. El autor consideró tan efectiva la intervención grupal como la individual por no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre estos. Sin embargo, el estudio presenta limitaciones importantes, como la ausencia de grupo control y de aleatorización, y el período de seguimiento fue corto.

Hely, Jamieson, y Dunstan (2011) combinaron tratamiento cognitivo comportamental (TCC) e hipnosis, en 7 fumadores en un formato de auto-ayuda. Los 3 participantes que completaron el tratamiento modificaron significativamente su consumo de cigarrillos, aunque solo uno obtuvo la abstinencia total. Estos resultados, concluyeron los autores, muestran evidencia preliminar, en relación a la eficacia de la combinación de TCC e hipnosis en un formato de auto-ayuda. Aunque se observan serias limitaciones, como la pequeña muestra y la ausencia de un grupo control, este estudio presenta otras variables que pueden ser relevantes para considerarse en estudios más controlados para demostrar la eficacia de la hipnosis, como el apoyo social, y la susceptibilidad hipnótica.

Hasan et al. (2014) compararon tres condiciones de tratamiento para el tabaquismo: terapia de sustitución de nicotina, hipnosis sola, y combinados las dos anteriores; asignaron aleatoriamente a 164 pacientes hospitalizados por padecimientos pulmonares o cardíacos. Encontraron una mayor abstinencia en el tratamiento de hipnosis en comparación al tratamiento de sustitución de nicotina, tanto a las 12 semanas de seguimiento (43,9% contra 28,2%), como a las 26 semanas (36,6% contra 18,0%). Las tasas de abstinencia en los grupos de tratamiento combinado y el de hipnosis, fueron similares. De esta forma, señalaron que el añadir terapia de sustitución de nicotina a la hipnosis no mejoró los resultados en este estudio.

Con respecto al tratamiento del trauma, un estudio muy respetable por cumplir con una rigurosidad metodológica similar a los criterios de Chambless y Hollon (1998), es el de Brom, Kleber, y Defare (1989), según la revisión de Cardeña (2000); en este se compararon la hipnoterapia, la desensibilización sistemática y la psicoterapia psicodinámica. Los tres tratamientos mostraron ser eficaces y ninguna superior a la otra, aunque la “hipnoterapia” exigió menos sesiones para alcanzar los mismos resultados.

Asimismo, Bryant et al. (2005) en su estudio sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo, concluyó que la intervención hipnótica como coadyuvante a la terapia cognitivo conductual tuvo un resultado similarmente positivo a comparación de la misma terapia sin intervención hipnótica. En el mismo estudio, los dos tratamientos fueron superiores en eficacia al asesoramiento de apoyo. Algunos autores (Spiegel, Hunt, y Dondershine, 1988; Stutman y Bliss, 1985) señalan que los pacientes que sufren estrés post-traumático son más hipnotizables que otros pacientes, por lo que pueden obtener resultados más beneficiosos y muy prometedores.

A. Barabasz, Barabasz, Christensen, French, y Watkins (2013) encontraron que la Terapia Abreactiva del Estado del Yo que busca el fortalecimiento del Yo, junto con hipnosis de una sola sesión, es más eficaz que el placebo para disminuir síntomas del TEPT. Al finalizar el tratamiento ambos grupos mostraban descensos significativos en síntomas, pero estos solo se mantuvieron en el seguimiento (4, 16 y 18 semanas) en el grupo al que se le aplicó la Terapia Abreactiva del Estado del Yo, junto con hipnosis.

Otro estudio (Christensen, A. Barabasz, y Barabasz, 2013) que también utilizó la Terapia Abreactiva del Estado del Yo junto con hipnosis para el TEPT, en una sola sesión (5-6 horas); se encaminó a la resolución del trauma, así como la ansiedad y depresión asociadas. Encontraron

resultados favorables para el grupo en tratamiento en relación al grupo placebo, en todas las medidas y períodos de seguimiento a 3 y 6 meses.

Eads y Wark (2015) presentaron tres estudios de caso de combatientes de guerra con TEPT. Emplearon hipnosis alerta como coadyuvante de otras estrategias terapéuticas. Los tres casos aprendieron a superar sus síntomas usando hipnosis alerta, si bien se dificultó la interpretación por las diferentes intervenciones para cada veterano, y la ausencia de medidas de seguimiento. En este sentido, es patente la poca investigación sobre hipnosis y trauma, con la metodología correcta para ponerse a disposición de los clínicos que atienden este tipo de trastorno (Abramowitz y Bonne, 2013).

Cabe mencionar los dos estudios de caso presentados en el apartado sobre los tratamientos para mujeres maltratadas por la pareja (Kwan, 2009; Poon, 2009) que mostraron resultados positivos de recuperación de estas mujeres con el uso de la hipnosis como coadyuvante. Lo que hace diferente a estos casos (Kwan, 2009; Poon, 2009) en relación a los de los combatientes de guerra (Eads y Wark, 2015) es precisamente, el haber mantenido un solo tipo de intervención y medidas de evaluación y seguimiento. Asimismo, se cuenta con los estudios en la práctica clínica de Dolan (1991) para resolver el abuso sexual con la implementación de la terapia enfocada en soluciones, con el uso de la hipnosis ericksoniana, quien presenta los testimonios acerca del proceso que siguen las sobrevivientes de abuso sexual, la manera en cómo sanan y sobresalen, mediante este tipo de tratamiento.

En el campo del juego patológico, Lloret, Montesinos, y Capafons (2014) encontraron en un estudio de efectividad, que el grupo que usaba la auto-hipnosis rápida (Capafons, 1998a, 1998b) perteneciente al Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, como coadyuvante a una TCC, reducía un 30% el número de sesiones, e incrementaba la adhesión a las tareas terapéuticas de los participantes en la investigación, respecto al grupo de

TCC sola, si bien a largo plazo las ganancias terapéuticas se igualaban en ambos grupos.

En el área de los deportes hay indicios de que puede ser de gran utilidad. Fernández-García, Zurita-Ortega, Sánchez-Sánchez, Linares-Girela, y Pérez-Cortés (2012) comprobaron que, el uso de la hipnosis ayudó a los deportistas a mantenerse por más tiempo en los momentos de intenso esfuerzo. No obstante, hace falta mucha investigación para poder afirmar que realmente es útil en esta área (Stegner y Morgan, 2010).

Los estudios respecto al manejo del dolor, crónico o agudo, ha demostrado la mayor comprobación experimental de la efectividad de la hipnosis en los padecimientos médicos, y con el mejor control metodológico en esta área (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, y Patterson, 2000; Molina-del-Peral et al., 2016; Montgomery, DuHammell, y Redd, 2000). Es importante señalar el reconocimiento por parte del *National Institute of Technology Assessment Panel Report* (1996), así como el meta-análisis de Montgomery et al. (2000) para corroborar la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor como un tratamiento eficaz bien constituido y empíricamente validado.

Así, la revisión de Montgomery et al. (2000) de estudios bien controlados se advierte que la hipnosis puede remediar el dolor a un 75% de la población. Asimismo, los resultados mostraron que las técnicas de analgesia hipnótica son más elevadas a la medicación, el placebo psicológico y otro tratamiento, acatando así los criterios para un tratamiento bien establecido con base a los criterios de Chambless y Hollon (1998).

Patterson y Jensen (2003) realizaron una investigación exhaustiva de estudios controlados aleatorizados sobre dolor e hipnosis en escenarios clínicos. Sus hallazgos sobre dolor agudo determinaron la existencia de efectos clínicos sólidos de la analgesia hipnótica, superiores a la atención o a las condiciones de control de cuidado estándar, e incluso con frecuencia,

con efectos superiores a otros tratamientos de dolor probables. Respecto al dolor crónico, los estudios muestran que la analgesia hipnótica es considerablemente más elevada respecto al no tratamiento, no obstante, aporta resultados similares a la relajación y al entrenamiento autógeno. De esta forma, los autores concluyeron que la hipnosis en estudios controlados aleatorizados con poblaciones clínicas, muestra un impacto significativo y confiable, en el tratamiento del dolor de ambos tipos, agudo y crónico.

Jensen et al. (2005) utilizaron analgesia hipnótica en 33 pacientes con dolor crónico. Los análisis mostraron cambio significativo pre y post tratamiento en la intensidad promedio de dolor que se sostuvo a los tres meses del seguimiento. Además de incrementarse la percepción de control sobre el dolor.

Jensen y Patterson (2006) revisaron 19 estudios sobre el tratamiento del dolor crónico mediante analgesia hipnótica. Sus resultados sugieren una reducción significativa del dolor que se mantuvo en el seguimiento desde 3 y hasta 12 meses de seguimiento.

Otro estudio relevante respecto al manejo del dolor es el de Hammond (2007). Su estudio evaluó la eficacia de la hipnosis clínica dirigida al tratamiento de los dolores de cabeza y las migrañas. Concluye que la hipnosis acata los criterios de investigación en psicología clínica, y puede considerarse un tratamiento eficaz y bien consolidado, con las ventajas de no tener efectos secundarios, o riesgos de reacciones desfavorables, y a su vez, disminuye el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales (Hammond, 2007).

Ya en el área de la aplicación de la hipnosis en el campo de la Medicina, en otro estudio empírico sobre fibromialgia (Castel, Pérez, Sala, Padrol, y Rull, 2007), con una muestra de 45 pacientes dividida en tres grupos al azar, encontraron que la hipnosis seguida de sugestión analgésica tiene un efecto sobre la intensidad de dolor y sobre la dimensión sensorial, en comparación a la hipnosis con sugestión de relajación, y esta a su vez,

no tiene mayores efectos que el entrenamiento en relajación por sí sola. De aquí la importancia del tipo de sugestión empleada en la hipnosis.

Martínez et al. (2008) efectuaron un estudio piloto de N= 1 línea base múltiple, donde compararon la eficacia del tratamiento multicomponente, también para tratar la fibromialgia. La primera modalidad usó TCC combinado con el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Capafons, 1999; Capafons y Mendoza, 2010); en la segunda modalidad, se empleó la TCC sin hipnosis; y, en la tercera, únicamente tratamiento farmacológico. Los resultados confirman que el uso de la hipnosis como coadyuvante al tratamiento cognitivo-comportamental, incrementa la eficacia en varias dimensiones del dolor en estos pacientes. Además, ambos grupos (TCC con o sin hipnosis) obtuvieron resultados superiores al farmacológico solo. De esta forma, la hipnosis despierta puede ser un eficiente y enriquecedor coadyuvante para mejorar los tratamientos cognitivo-comportamentales del manejo de los síntomas de la fibromialgia.

Estos resultados fueron confirmados con hipnosis por relajación más adelante por Castel, Cascón, Padrol, Sala, y Rull (2012) con un seguimiento de seis meses. Sus hallazgos indican que la hipnosis brinda más beneficios si se añade a tratamientos de comprobada eficacia. Quirós-Ramírez (2013), por su parte, indica que el manejo de hipnosis agregado a un modelo cognitivo conductual en pacientes con fibromialgia origina una reducción significativa del dolor, así como un descenso en los niveles de ansiedad.

En el área de trastornos gastrointestinales, el tratamiento del síndrome de colon irritable ha tenido resultados beneficiosos el uso de la hipnosis, puesto que los tratamientos médicos convencionales no suelen ser satisfactorios. Varios estudios demuestran que la hipnosis ha tenido un efecto exitoso en el tratamiento de este síndrome (Gonsalkorale, Houghton, y Whorwell, 2002; Gonsalkorale y Whorwell, 2005; Whitehead, 2006; Whorwell, 2006), mejorando, tanto los síntomas fisiológicos, como

el bienestar psicológico. La Universidad de Manchester, en Reino Unido, ha sobresalido por sus investigaciones del uso de la hipnosis como coadyuvante para el tratamiento de este síndrome desde la década de los ochenta, y ante los beneficios obtenidos, la incorporó al servicio de gastroenterología de su hospital (Gonsalkorale, 2006; Whorwell, 2006) lo que significa un gran reconocimiento para el avance en la aplicación de la hipnosis en los problemas de la salud. De la misma manera, el Protocolo de Carolina del Norte ha desarrollado un tratamiento de siete sesiones con hipnosis, que ha demostrado poder ayudar a más del 80% de los pacientes (Palsson, 2006).

En cuanto a la diabetes, Diment (1991) sostiene que la hipnosis usada como coadyuvante al asesoramiento para reducir el estrés puede ser beneficioso en el manejo de la ansiedad relacionada con diabetes y el estrés en general, mejorando así el control metabólico de los pacientes. Según Barber (1985), la hipnosis puede aumentar el flujo sanguíneo y sanar el pie diabético, si se considera la posible susceptibilidad del sistema vascular ante estímulos psicológicos. Por otra parte, Galper, Taylor, y Cox (2003) en su estudio, señalan que la hipnosis como coadyuvante de la biorretroalimentación térmica fue exitosa para el mejoramiento de los síntomas de la angiopatía diabética. De igual forma, autores como Vandenberg, Sussman, y Titus (1966) han registrado los efectos beneficiosos de la hipnosis en la glucosa en sangre, así como la adhesión al tratamiento (Ratner, Gross, Casas, y Castells, 1990). No obstante, son necesarios más estudios experimentales que apoyen estos resultados.

También se han hecho estudios de caso, como el de Suzuki (2005) que utilizó imaginación hipnótica en un caso de hives en una persona con características alexitímicas, encontrando que era efectiva como adyuvante en el incremento de la capacidad de autocuidado, además de disminuir las características alexitímicas.

Debido a que las intervenciones quirúrgicas suelen generar mucho estrés psicológico y fisiológico, antes, durante y después de estos procedimientos, la hipnosis ha sido una muy buena herramienta como coadyuvante a la analgesia farmacológica. Se ha utilizado la hipnosis para calmar la ansiedad en el afrontamiento de la operación, en la reducción de la cantidad de medicamentos, para el dolor pre y post cirugía, y se observó que disminuye el sangrado y el tiempo de hospitalización, facilitando así, la recuperación (Pinnel y Covino, 2000).

Los resultados que arrojaron el meta-análisis de Montgomery, David, Winkel, Silverstein, y Bovbjerg (2002) indicaron que un 89% de los pacientes de cirugía se beneficiaron de intervenciones hipnóticas a comparación de los pacientes en condiciones control (grupos con solo TCC). Estos beneficios incluyen la reducción de ansiedad, depresión, dolor, necesidad de analgésicos y síntomas fisiológicos, además de una recuperación más ágil, y en menor tiempo de hospitalización.

Faymonville, Meurisse, y Fissette (1999) en su análisis retrospectivo del seguimiento de 1.650 casos, desde 1992, compararon pacientes que fueron tratados con hipnosedación (hipnosis más sedación consciente IV) en vez de anestesia general en distintos procedimientos quirúrgicos. Encontraron que los pacientes hipnotizados tuvieron una experiencia más cómoda, tuvieron una recuperación más veloz y una duración de hospitalización más corta que los pacientes de anestesia estandarizada (Baglini et. al., 2004; Faymonville et. al., 1999). Asimismo, Schnur, Kafer, Marcus, y Montgomery (2008) en su meta-análisis, demostraron que 82% de sus pacientes hipnotizados mostraron niveles más bajos de malestar emocional, a diferencia de los pacientes en condición control, en procedimientos quirúrgicos, sosteniendo así, una buena alternativa a la intervención farmacológica como tratamiento al malestar emocional en estos casos.

En el campo de la oncología, se ha estudiado la eficacia de la hipnosis para reducir los efectos secundarios de la quimioterapia (Lyles, Burish, Krozely, y Oldham, 1982), así como la reducción de náuseas, la emesis y el dolor posterior a la quimioterapia (Syrjala, Cummings, y Donaldson (1992), el estado de ánimo deprimido y ansiedad pre-cirugía (Schnur et. al., 2008). Aparte de estos beneficios, hay que agregar que la hipnosis puede reducir la necesidad de consumo de agentes anestésicos previo a la intervención quirúrgica. En el estudio de Montgomery et al. (2007) los pacientes de cirugía de mama antes de someterse a cirugía necesitaron menos propofol y lidocaína a comparación de pacientes de control, además de menores molestias de dolor, náuseas, fatiga y alteraciones emocionales.

Schnur et al. (2009) mencionan que la intervención cognitivo conductual e hipnosis no solo reduce efectos negativos, sino también incrementa los afectos positivos durante la aplicación de radioterapia en mujeres con cáncer de mama. En un estudio piloto, Laidlaw, Bennett, Dwivedi, Naito, y Gruzelier (2005) asignaron a tres condiciones a mujeres con cáncer metastásico de mama: uno, entrenamiento en auto hipnosis; dos, entrenamiento japonés (Johrei); y, tres, lista de espera de tres meses. Los resultados mostraron en la primera condición, mejoramiento en los niveles de energía; mantenimiento en los niveles de energía en la segunda condición, y no mejoría en los que solo estuvieron en la lista de espera. Además, hubo un cambio positivo en los niveles de ansiedad, y un incremento en el estado general del estado de ánimo, en ambas condiciones de entrenamiento.

Un estudio reciente muestra que la aplicación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta más TCC en supervivientes del cáncer, reducía el dolor, mejoraba la calidad del sueño y la actividad física, comparada con una intervención educativa (Mendoza et al., 2016).

En cuanto a la obstetricia, se ha señalado que la hipnosis ayuda a las madres a necesitar menos analgesia y menor cantidad de medicación para

el parto (Cyna, McAuliffe, y Andrew, 2004), conclusión confirmada empíricamente (Brown y Hammon, 2007). No obstante, al igual que en otras áreas de aplicación de la hipnosis, hacen falta más estudios clínicos aleatorizados (Brown y Hammond, 2007).

Dentro de la dermatología, se han recogido resultados de estudios donde la hipnosis resultó ser exitosa. Spanos, Stentstrom, y Johnston (1988) observaron en su estudio que un 50% de los pacientes que recibieron sugerencias hipnóticas experimentaron curación; Pinnell y Covino (2000) registraron que la hipnosis reduce el picor y molestias de las verrugas y reduce las lesiones de la piel; un estudio de caso (Winchell y Watts, 1988) y un estudio experimental (Zachariae, Oster, Bjerring, y Kragballe, 1996) llegaron a resultados satisfactorios con las intervenciones psicológicas en el tratamiento del psoriasis. Lo cual indica que este tipo de problemas de la salud también pueden ser beneficiados con el uso de la hipnosis.

Con respecto al tratamiento del asma, tanto la Asociación de Tuberculosis Británica (*Research Commmittee of the British Tuberculosis Society*, 1968) como el estudio de Ben-Zvi, Spohn, Young, y Kattan (1982), tras estudiar pacientes con asma, verificaron que la hipnosis sirve como tratamiento al observar que los pacientes ocuparon menos medicación al final de la intervención, y los resuellos sibilantes se redujeron significativamente, arrojando resultados superiores al tratamiento de relajación muscular. Cabe mencionar que la mejoría del funcionamiento pulmonar resultó exitosa solo en pacientes altos y medios en hipnotizabilidad según Ewer y Stewart (1986) y Ben-Zvi et al. (1992) respectivamente. Brown (2007) por su parte, concluyó que la hipnosis es más eficaz para apaciguar estados emocionales que disparan la obstrucción de las vías respiratorias, y “posiblemente eficaz” para el tratamiento de síntomas fisiológicos del asma.

Respecto a la inmunología, algunos estudios se han realizado para vislumbrar los efectos de la hipnosis en el tratamiento para el mejoramiento del sistema inmune (Bakke, Purtzer, y Newton, 2002; Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson, y Glaser, 2001; Wood et. at., 2003), sin embargo, los criterios metodológicos de estos estudios son cuestionables y la relación entre la mejora fisiológica en este caso, con la intervención hipnótica no está realmente clara.

En cuanto a la hipnosis como tratamiento para la hipertensión arterial, un estudio piloto (Raskin, Raps, Luskin, Carlson, y Cristal, 1999) compararon resultados de tres grupos de pacientes hipertensos. Encontraron resultados superiores (mayor descenso de la presión diastólica) del grupo de autohipnosis, seguido del grupo de atención y tiempo y, por último, el grupo sin intervención. El estudio de Gay (2007), tras un año de seguimiento, demostró que la hipnosis reduce la presión sanguínea a corto, mediano y largo plazo.

En el área de la otorrinolaringología, el tinnitus es el más estudiado en relación a la hipnosis. El estudio de Attias, Shemesh, Shoham, Shahar, y Sohmer (1990) compararon la hipnosis como tratamiento al tinnitus con dos grupos de control, mostrando al final una eficacia en 73% de los pacientes de autohipnosis con desaparición del tinnitus durante las sesiones, y una mejora a largo plazo. Un estudio similar (Ross, Lange, Unterrainer, y Laszig, 2007) estudiaron los efectos en pacientes con tinnitus subagudo y tinnitus crónico, resultando en una mejora significativa en 90,5% y 88,3% respectivamente, mostrando una superioridad en eficacia contra los grupos de control y de lista de espera. El estudio de Maudoux, Bonnet, Lhonneux-Ledoux, y Lefebvre (2007) concluyó que la autohipnosis es capaz de modular el tinnitus, aunque este estudio no se haya comparado con un grupo control.

Dentro del área de la odontología, la mayoría de los estudios empíricos que observaron los efectos de la hipnosis en el área, estudiaron

los efectos en la reducción de síntomas como la ansiedad, la fobia y el dolor crónico relacionados con intervenciones odontológicas (Chaves, 1997). En este sentido, se podría extender la investigación en la tolerancia al uso de aparatos ortodónticos, y prostodónticos, y en la sustitución o complemento de la medicación en procedimientos quirúrgicos (Lynn y Kirsch, 2006). Un estudio en Hungría (Fabian, 1995) encontró un alivio en la ansiedad de 84,4% de los pacientes tratados con hipnosis como método adicional. En el estudio de Eitner et al. (2006) se observaron los efectos de la hipnosis en 45 pacientes ansiosos que tenían que someterse a cirugía maxilofacial, consiguiendo resultados exitosos, puesto que los pacientes mostraron una reducción significativa de la presión arterial sistólica durante y después de la cirugía, y una mejora en los parámetros del EEG. En otro estudio (Simon y Lewis, 2000), la hipnosis ayudó a pacientes con trastornos temporomandibulares que no habían respondido al tratamiento médico estándar; el estudio registró una disminución del dolor en frecuencia, duración e intensidad.

En pediatría, hay estudios que corroboran que los niños son más sugestionables a la hipnosis que los adultos; muchos estudios de caso y estudios no controlados indican el beneficio de la hipnosis en niños (Milling y Constantino, 2000) para tratamientos de distinta índole: enuresis nocturna, ansiedad ante exámenes, discapacidades de aprendizaje, fibrosis quística, efectos secundarios de la quimioterapia, y disminución de ansiedad pre-quirúrgica y malestar post-quirúrgica.

Edwards y Van Der Spuy (1985) realizaron un estudio que cumple los criterios de Chambless y Hollon (1998) que estableció que la hipnosis es un tratamiento posiblemente eficaz para la enuresis nocturna infantil.

Stanton (1994), por su parte, demostró que la auto-hipnosis disminuyó la ansiedad ante los exámenes en niños en el post-tratamiento y en un seguimiento de medio año. Algunos autores (Crasilneck y Hall, 1985; L. Johnson, Johnson, Olson, y Newman, 1981) han señalado que la hipnosis

ha mejorado el rendimiento académico en niños con discapacidades del aprendizaje.

Respecto a niños con fibrosis quística, se demostró que la hipnosis rindió resultados superiores a los de un grupo de control, con un registro de mejoría en función pulmonar, mayor autoestima y menor ansiedad (Belsky y Khanna, 1994). Asimismo, el estudio de Anbar y Hummell (2005) concluyó que la auto-hipnosis ayudó a un 82% de los pacientes observados para aliviar síntomas de ansiedad, asma, dolor de pecho, disnea, tos crónica, hiperventilación y disfunción de cuerdas vocales.

En el campo de la oncología infantil, el estudio de Zeltzer, Dolgin, S. LeBaron, y LeBaron (1991) demostró que la hipnosis centrada en la imaginación, alivió los efectos secundarios de la quimioterapia, superando los resultados de los grupos de técnicas de distracción y grupo control. De la misma manera, Jacknow, Tschann, Link, y Boyce (1994) compararon la hipnosis con respecto a la medicación antiemética; a pesar de que ambos grupos tuvieron grados equivalentes de náuseas y vómitos, el grupo de hipnosis necesitó menor cantidad de medicación que los niños de control, y, después de dos meses, el grupo de hipnosis tuvo menos náuseas que el grupo de control. El meta-análisis de Richardson et al. (2007) reveló que la eficacia de la hipnosis para el tratamiento de náuseas y vómitos provocados por quimioterapia en niños supera los resultados del tratamiento habitual y la TCC.

En el estudio clínico de Lioffi, White, y Hatira (2006), también obtuvieron buenos resultados al comparar grupos de niños que recibían quimioterapia: uno de anestésicos locales, otro de anestésicos locales más atención, y uno de anestésicos locales con hipnosis. El grupo de hipnosis reflejó tener menos ansiedad y menos malestar conductual durante la intervención médica. La revisión sistemática de Richardson, Smith, McCall, y Pilkington (2006), confirman que la hipnosis puede beneficiar a

niños con cáncer, aliviando el dolor y malestar a causa de procedimientos médicos.

Con respecto a la utilización de la hipnosis para el manejo del dolor relacionado a intervenciones médicas dolorosas en niños, varios estudios se han hecho. Zeltzer y LeBaron (1982) encontraron que la hipnosis fue más eficaz que el tratamiento de la distracción para menguar el malestar causado por aspiraciones de médula y punciones lumbares en niños. Lobe (2006) en su estudio, concluyó que los niños que recibieron intervención hipnótica antes y después de corrección por videotoroscopia (procedimiento quirúrgico) ocuparon menos tiempo de hospitalización y menos analgésicos a diferencia de los pacientes sin tratamiento hipnoterapéutico. El estudio controlado aleatorizado de Butler, Symons, Henderson, Shortliffe, y Spiegel (2005) demostró que el entrenamiento para auto-hipnosis dirigido a niños por someterse a la cistouretrografía retrógrada miccional hizo que la experiencia fuera menos traumática, se redujera el malestar, y el tiempo total del procedimiento fuera más corto de lo habitual. En otro estudio controlado y aleatorizado (Vlieger, Menko-Frankenhius, Wolfkamp, Tromp, y Benninga, 2007), con niños que sufrían de dolor abdominal o síndrome de colon irritable, indicó que la hipnosis es altamente eficaz, reduciendo significativamente las puntuaciones de dolor y, arrojando resultados superiores a la terapia médica estándar.

En resumen, los estudios hasta ahora realizados siguen siendo escasos con la calidad necesaria para poder confirmar la efectividad y eficacia de la hipnosis, con excepción del tratamiento del dolor, además de ser básicamente con metodología cuantitativa. En este sentido, es que la esta tesis aporta investigación cualitativa para completar esta carencia, donde se observa el posible papel coadyuvante de la hipnosis ericksoniana a la terapia breve, en trastornos en mujeres derivados del maltrato de la pareja.

#### **4.04 Aportaciones de Milton Erickson a la Psicoterapia Breve e Hipnosis**

Las contribuciones de Erickson, acorde con Zeig y Geary (2000), se concentran en las principales líneas terapéuticas.

La primera, es en el auge de la psicoterapia estratégica. Haley, el creador de esta nueva aproximación terapéutica, contextualizada dentro de la psicoterapia sistémica familiar, y su colaborador, Weakland, tuvieron múltiples encuentros con Erickson. Algunos de sus diálogos registrados, fueron reproducidos en *Conversaciones con Erickson* por Haley (1985), que reflejan la influencia de Erickson, para que Haley, junto con Madanes desarrollaran la psicoterapia estratégica. Esta aproximación psicoterapéutica, básicamente introduce algunos de los procedimientos hipnóticos de Erickson, sin una inducción hipnótica formal, algo controvertido pues, como puede concluirse, más bien se trataría de usar la influencia social ligada a la sugestión, bajo el rótulo de situación hipnótica.

La segunda, generó el enfoque interactivo desarrollado por Watzlawick, Weakland, y Fisch (1976), surge poniendo a prueba muchos de los aún incipientes métodos defendidos por Erickson.

La tercera vertiente, que, de igual forma, reconocen en su trabajo la influencia de Erickson, es la propuesta por De Shazer (De Shazer, 1979, 1997; De Shazer et. al., 1986) de la Terapia Centrada en Soluciones, en el Centro de Terapia Breve en Milwaukee, Wisconsin.

La cuarta, es desde la perspectiva psicobiológica de Rossi (Zeig y Munion, 1999). Rossi fue el biógrafo de Erickson, fungió como coautor y editó un número importante de libros por él, y acerca de él, a partir de delinear muchas de las tácticas y aproximaciones lingüísticas de sus enseñanzas y seminarios. Posteriormente, desarrolla sus propias teorías de la comunicación cuerpo-mente, por lo que es conocido como un experto en psiconeuroinmunología; no obstante, sus teorías no están aceptadas por la

comunidad científica, ni aporta investigación realizada por él que las ratifique, por lo que se les consideran conceptos heurísticos que en un momento dado se pudieran llevar a la comprobación.

La quinta vertiente, vienen a ser los Neo-Ericksonianos. En este grupo se puede ubicar a autores como: Lankton, Yapko, Gilligan, y Zeig, todos ellos, terapeutas que estudiaron con Erickson en los inicios de su carrera, interesados únicamente por el uso de la hipnosis, lo que las otras vertientes no enfatizaron, si bien son autores muy dispares, y se aúnan a otras corrientes, como Yapko (2012), que integra las terapias cognitivo-comportamentales.

Erickson desarrolló diversos enfoques innovadores en aquellos tiempos, para tratar y manejar problemas psicológicos, puesto que en esa época apenas se comenzaba a reconocer el tratamiento psicoterapéutico, y no se disponía de las drogas psicotrópicas que más tarde se difundieron (O'Hanlon, 1989).

Erickson nunca se definió a sí mismo como terapeuta familiar o psicoterapeuta de cualquier orientación psicológica. No estaba interesado en ser clasificado, con el fin de extender su libertad de acción, de tal forma, que veía a pacientes con una amplia gama de recursos y enfoques diferentes.

Erickson utilizó la hipnosis como estrategia terapéutica principal. Como características distintivas de la concepción de Erickson tenemos los cinco principios básicos, de acuerdo con O'Hanlon (1989) que orientaban y tipifican la psicoterapia de Erickson, ya sea el hipnótico o el terapéutico, que se pasan a desglosar brevemente:

#### *Orientación naturalista.*

Erickson creía que todas las personas cuentan con las habilidades y capacidades necesarias para solucionar conflictos, sobrepasar problemas,

ser hipnotizados y apreciar todos los fenómenos de la hipnosis. Este principio indica hacer emerger estas capacidades naturales, por lo tanto, el terapeuta no debía aferrarse a enseñar cosas a la gente.

*Orientaciones indirecta y directiva.*

Erickson era directivo, y al mismo tiempo utilizaba estrategias y sugerencias indirectas. Era directivo en el sentido de conseguir que la gente hiciera las tareas que le asignaba, e indirecto al lograr que se bloquearan aquellas pautas antiguas que mantenían el síntoma. Con las tareas y sugerencias pretendía aflojar rigideces y de esta manera la persona por si sola encontrara modos distintos de pensar y comportarse.

*Responsividad.*

Según Erickson las personas no cuentan con una personalidad rígida, decía que todos “Son capaces de reaccionar a los diferentes estímulos con diferentes respuestas” (O’Hanlon, 1989, p. 21). Por lo tanto, él trataba de aprender sobre aquellas pautas individuales de conducta y respuesta con las que cuenta cada persona para luego direccionarlas hacia el cambio.

*Orientación de utilización.*

Erickson acostumbraba utilizar creencias, conductas, exigencias y aquellas características rígidas que se podría pensar obstaculizaban el cambio deseado, pero para él, estas pautas facilitaban la terapia. De esto podemos rescatar también que en cuanto a la presentación, personalidad y conducta no existían prerrequisitos para Erickson, todo lo que la persona presentara era utilizado, como recursos de la persona, y como punto de partida para la terapia.

*Orientación de presente y de futuro.*

Erickson creía que las personas podían abordar de una manera más adecuada aquellas dificultades y problemas con una visión del presente y el futuro, procuraba apartarlos del pasado. Del pasado lo que cambiaba era la percepción del mismo. El enfoque estaba dirigido entonces a mejorar el futuro a partir de corregir cualquier insatisfacción en el presente. Orientándose básicamente hacia la solución y no hacia el problema.

Para Erickson (O'Hanlon, 1989; Robles, 1990) era imperativo que el terapeuta se manejara en dos posiciones: flexibilidad y observación. Con ellas evitaba encasillar al paciente en un cuadro clínico y moverse de acuerdo a las necesidades de cada persona. De igual forma, hay supuestos de la psicoterapia tradicional que él evitaba (Haley, 1973; O'Hanlon, 1989; Robles, 1990; Zeig, 1980), tales como: a) Conocer la etiología del problema. Para él era mejor saber el cuándo y el cómo se inició tal problema; b) Comprensión, o toma de conciencia (*insight*) para que se produzca el cambio. En todo caso, él enfatizaba que la persona se diera cuenta de los recursos con los que contaba para reenfocar su atención; c) Una teoría coherente e hipótesis general. Más bien, formulaba hipótesis específicas para cada cliente con base a todo el bagaje de conocimientos con los que contaba de psicoterapia. Sin embargo, y habiendo expuesto las características de la terapia breve, es fácil de ubicarlo específicamente en la sistémica por la influencia mutua que tuvieron en el desarrollo de la misma; d) La creencia de la inmutabilidad del carácter/personalidad. Era de la idea de que cada persona tenía aspectos alternativos de la personalidad susceptibles de utilización.

Haley (1973) por su parte, enfatiza algunas características de la terapia ericksoniana: “alentar la resistencia”, “ofrecimiento de una alternativa peor”, “frustración de una respuesta para alentarla”, “la siembra

de ideas”, la ampliación de una frustración” y la “prescripción del síntoma”. No obstante, lo que más utilizaba, además de la hipnosis, fueron las metáforas, alegorías, anécdotas y cuentos didácticos o narrativas.

En cuanto a las estrategias terapéuticas ericksonianas destacamos las siguientes por ser las que se emplearon en la presente tesis:

*Sugestión hipnótica.*

Cuando se hace uso terapéutico de la hipnosis se siguen tres momentos. El primero, es la inducción a la hipnosis que consiste en conducir a alguien a la hipnosis mediante palabras, ademanes, tonalidades en la voz, básicamente para focalizar su atención en estímulos externos o internos, así producir la hipnosis. Con frecuencia, según Erickson, en este primer paso se puede saber qué tan hipnotizable es la persona.

Existen diferentes maneras de inducir a la hipnosis. Una de las más sencillas es llamada “Crear o revivir una escena placentera” en esta se le pedirá a la otra persona que imagine una escena placentera y la viva con todos sus detalles. Esta estrategia también se conoce como “Ensayo” solo que en este se utilizaran imágenes y sensaciones en lugar de palabras, denominada así por Bandler y Grinder (Robles, 1990).

También se puede inducir la hipnosis a través de la percepción de sensaciones, o algún afecto o dolor, en la cual se le pedirá que describa detalladamente cómo los percibe en el cuerpo. O bien, se puede inducir a través de la mirada fija, disociación y la auto-hipnosis, entre otras (Roales-Nieto y Buela-Casal, 2001; Robles, 1990).

El segundo momento en el trabajo terapéutico con hipnosis es la sugestión. La sugestión es propiamente la parte terapéutica donde se sugieren ideas, imágenes, soluciones, recuerdos, etc. al paciente para modificar sus ideas y comportamientos rígidos.

Finalmente, es el cierre donde el paciente regresa a un estado de “alerta”.

*Metáfora y analogías.*

En la inducción a partir de la utilización de metáforas es necesario tomar cualquier descripción metafórica que surja espontáneamente en el paciente y continuar con ella.

Las metáforas son formas lingüísticas en donde se plantean similitudes con los hechos abstractos. De acuerdo a Ortín y Ballester (2005), “metaforizar es pensar en algo en términos de otra cosa” (p.31).

En hipnosis se dice que la metáfora ofrecerá una representación simbólica de alguna situación, en esta se incluirán elementos visuales que no sería posible incluir en una descripción verbal porque probablemente no tengamos conciencia de estos (Watzlawick, 1977).

La metáfora nos permitirá ver la situación desde una perspectiva totalizadora y a partir de esto generar nuevas alternativas para la solución. Se dice que las metáforas son la entrada a los aprendizajes desconocidas de la persona y evocan una estructura profunda de pensamiento. Al utilizar una metáfora se hace un mapa mental de situaciones o cosas que no están presentes y esto nos llevará a una mejor comprensión de estas (Watzlawick, 1977).

Las metáforas, de acuerdo a Lakoff y Johnson (2001), impregnan la vida cotidiana, no solo el lenguaje sino el pensamiento y la acción. No son formas lingüísticas nuevas, son tan antiguas como la comunicación humana, y en últimas décadas se han venido estudiando y dando una aplicación terapéutica y didáctica. Una ventaja de las metáforas es que, al igual que la hipnosis, son ateóricas, es decir, que se pueden utilizar bajo cualquier enfoque psicológico, o cualquier otra disciplina.

Por ejemplo, Eckstein y Sarnoff (2007) trabajaron exitosamente con metáforas desde un enfoque psicoanalítico adleriano para describir los estilos de parejas y tener un mejor entendimiento con ellas en la terapia. Capafons, Alarcón, y Hemmings (1999) utilizaron una metáfora durante hipnosis activa-alerta, sus resultados confirman la utilidad de la metáfora para consolidar una actitud positiva hacia la hipnosis, y una parte esencial del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta, básicamente cognitivo-comportamental, aunque muy integrador (Capafons y Mendoza, 2010).

Abbatiello (2006) argumenta la utilidad de las metáforas en el trabajo psicoterapéutico desde una perspectiva cognitivo conductual, como una herramienta educacional para extender los límites de las creencias acerca de los pensamientos automáticos distorsionados. Moix-Queraltó (2006) menciona que la perspectiva cognitivo-conductual está en una nueva etapa de desarrollo en la psicología, y que esta transición trae consigo una postura de apertura hacia las metáforas en la psicoterapia, si bien como ya se ha visto, en las terapias cognitivo-comportamentales se usaban las metáforas casi desde sus inicios, como en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw, y Emery 1979). Y de igual utilidad pueden ser, las provenientes del o la terapeuta, creadas a la medida de la persona en tratamiento, o prefabricadas, o bien, metáforas creadas espontáneamente por la persona misma durante la sesión. Finalmente, las metáforas se usan en las terapias denominadas de Tercera Generación de forma sistemática, retomando conceptos, entre otras, de las corrientes expuestas anteriormente.

Erickson denominó metáfora para representar una clase especial de intervenciones (Erickson y Rossi, 1979). El propósito de decir una metáfora, u otra estrategia diferente al razonamiento directo con el cliente, era cambiar y enriquecer la percepción, cognición, e imaginación, y recuperar la experiencia necesaria (Lankton y Matthews, 2010).

Otro aspecto relevante en las metáforas es el cultural (Zúñiga, 1992). Por ejemplo, el uso de los “Dichos” o refranes que son expresiones idiomáticas en la población latina. Algunos ejemplos son: “Agua que no has de beber déjala correr”; “Ni tanto que queme al Santo, ni tanto que no lo alumbré”. Esta autora enfatiza su uso como un facilitador del establecimiento de alianza terapéutica con los pacientes latinos radicados en EEUU, y que no son bilingües.

Las analogías son otra forma lingüística utilizada en la TBH, donde hay una comparación entre dos cosas.

#### *Anécdotas o Cuento didáctico.*

Erickson utilizaba los “cuentos didácticos” en su terapia, al narrar sus historias provoca nuevos sentimientos en el paciente y promueve nuevas experiencias. Estos cuentos pueden ser presentados estando la persona hipnotizada o no, para que el paciente se dé cuenta que existen diferentes y nuevas posibilidades de solución a sus problemas (Rosen, 1989).

Todas las historias utilizadas por Erickson tenían una estructura y argumento y por lo regular terminaban con un final feliz. Los relatos llegaban a cierto “clímax” para después dar lugar a una sensación placentera, ya sea de alivio o de éxito.

Las anécdotas pueden ser cuentos tradicionales, fábulas, parábolas o alegorías, o bien, relatos o crónicas de experiencias personales y aventuras (Zeig, 1980).

Entre las cualidades de las anécdotas por lo que Erickson las utilizaba, están: a) que no implican una amenaza, b) captan el interés del escucha, c) fomentan la independencia de la persona, al tener que darle sentido al mensaje, deducir sus propias conjeturas y emprender acciones conforme a su iniciativa, d) se puede recurrir a ellas para evitar chocar con la resistencia natural al cambio, e) pueden promover el mantenimiento de

la relación terapéutica, f) aproximan al terapeuta a una posición flexible en la conducción de la terapia, g) pueden crear confusión y así promover una buena respuesta hipnótica, e h) imprimen una huella en la memoria, haciendo la experiencia terapéutica más recordada (Seis, 1980).

Las historias las aplicaba, tanto para establecer un diagnóstico y establecer rapport, como en el proceso terapéutico, de manera que servía para formular o ejemplificar una opinión, sugerir soluciones para ayudar a una persona a reconocerse tal cual es, sembrar ideas e intensificar las motivaciones, controlar terapéuticamente la relación (especialmente con personas muy rígidas con dificultad para escuchar al otro), intercalar directivas, y, reencuadrar y redefinir un problema (Zeig, 1980).

#### *Connotación positiva*

La connotación positiva implica la aprobación invariable por el terapeuta de todas las transacciones comportamentales de la familia en general. De hecho, la intención es connotar, en términos de la terapia familiar sistémica, la tendencia homeostática del sistema y no específicamente a uno de sus miembros (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1988). Estos autores observaron que la estrategia cobraba más fuerza cuando se aplicaba a todas las transacciones comportamentales de la familia, y no solo de la persona identificada en el sistema familiar, fomentando más la colaboración, y resaltar los recursos de los miembros. No obstante, la redefinición del problema mediante la connotación positiva, sigue siendo paradójica, porque manda un mensaje de no cambio (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1988).

El objetivo es dar un significado positivo a una información negativa dada por una de las personas integrantes del sistema familiar. Esta estrategia terapéutica se utiliza cuando las personas realizan comentarios

que comportan infravaloración de algún elemento del conflicto: hechos, características, intenciones, etc.

#### **4.05 Aplicación de la Hipnosis al Tratamiento de Mujeres Maltratadas**

Las mujeres maltratadas o abusadas, ya sea, física o emocionalmente suelen desarrollar una respuesta de estrés ante tal situación, y, si esta se agrava o se hace crónica, es muy probable que presente un TEPT, depresión y/o ansiedad, como se ha indicado.

El objetivo principal en el tratamiento de mujeres maltratadas es empoderarlas, validar sus experiencias, hacerle ver sus puntos fuertes y las diferentes alternativas con las que cuenta, para la toma de decisiones y, seguridad en sí misma (Walker, 2004). Además, ayuda a superar en alguna medida la sintomatología por tales trastornos.

Los pacientes con trastornos postraumáticos suelen aceptar las sugerencias hipnóticas más que otros pacientes en condiciones normales, estos también suelen presentar disociaciones (García-Leiva et al., 2008). Por ello se incluye la hipnosis, ya que se cuenta con evidencias de su papel coadyuvante en el tratamiento de estas mujeres (Kwan, 2009; Poon, 2009) además de favorecer el auto-control (Capafons, 1998b).

El tratamiento pionero que se presenta diseñado por el equipo de investigación de donde surge esta tesis doctoral, parte de un punto de partida naturalista (O'Hanlon, 1989) porque enfatiza el uso del lenguaje, la imaginación y la creatividad (Watzlawick, 1977) lo que enlazado con estrategias de connotación positiva, puede favorecer la confirmación de la persona como ser humano, propiciar la creación o fortalecimiento de los recursos personales, así como la utilización de los recursos del medio, que la empoderan para hacer cambios, tanto en su persona como sistema

abierto y flexible, como en el subsistema de pareja, y en el sistema familiar (factores protectores en el micro sistema).

En segundo lugar, el tratamiento se plantea como poco o nada confrontador, al no luchar con las resistencias de las mujeres, y reducir las posibilidades de estrés que le ocasiona el recordar situaciones dolorosas, o sentirse presionada a realizar cambios en su persona, con su pareja e hijos/as (si los tiene) en los que aún no se siente apta. Tales estrategias son la narrativa y anecdótica de la metáfora y la sugestión hipnótica, con las que se reducen o eliminan la rigidez de los papeles en el sistema personal y en el sistema de pareja, que suelen ser transacciones comportamentales rígidos en torno a creencias de poder, autoridad y superioridad de los derechos del hombre, frente a los de la mujer (Walker, 2004). En la Figura 2.1 se presentaron los subsistemas del modelo ecológico aplicado a la violencia del hombre contra su pareja mujer (ver apartado 2.10).

Otro elemento importante del tratamiento es el ritmo de la terapia, se propone respetar la pauta de las participantes para incorporar nuevos aprendizajes respecto a las relaciones equitativas y saludables en contraste con las relaciones violentas. Esto se lleva a cabo a través de la psicoeducación (conocimientos sobre factores protectores), cambio de su perspectiva o interpretación de los acontecimientos de su vida respecto a su historia de maltrato (factor de riesgo), y redirección de sus ideas, para redescubrir sus propias necesidades y prioridades actuales (factor protector) en el mismo nivel de jerarquía que las de su pareja y/o hijos/as, y no en último lugar como lo venían haciendo.

En tercer lugar, y no por ello menos importante, se asume que con el tratamiento las participantes sean capaces de afrontar nuevas situaciones que le presenta la vida, así como oponerse a la violencia. Esto se logra mediante la adquisición de habilidades en la toma de decisiones y la comunicación asertiva, y, que promuevan una evolución y adaptabilidad saludable, ante las nuevas condiciones de vida.

Al entrelazar estos elementos en el tratamiento, se facilita a la mujer sentirse aceptada, acompañada en su proceso de crecimiento siendo respetadas sus necesidades durante el trayecto. Estos elementos se convierten en otros factores protectores.



## **MÉTODO**



## **5. Hipótesis, Objetivos y Predicciones**

### **5.01 Hipótesis**

Se asume que la TBH promueve la evolución de la mujer al facilitar la transformación de los factores de riesgo en factores protectores, de acuerdo al modelo ecológico. Es decir, que, si la mujer tenía una baja autoestima, que se ha demostrado ser un factor de riesgo, cuando esta se fortalece, se transforma en factor protector. Así, al transformar los factores de riesgo en protectores, es de esperarse que la evolución de la mujer la prepare para detener el ciclo de la violencia.

La TBH se considera apropiada para flexibilizar el esquema de creencias y valoración de las participantes en cuanto a sí mismas y en su posición relacional con la pareja, pues se piensa que facilita el aumento de su autoestima, y le brinda la posibilidad de renovar la identificación de sus emociones y sensaciones para reducir los efectos del maltrato. Asimismo, se asume que flexibiliza los límites personales que se encontraban difusos, y, por lo tanto, traspasables, para una comunicación y toma de decisiones más asertivas que las empodere para una mejor calidad de vida. Esto se añade al proceso de psicoeducación sobre las características de las relaciones violentas y modos de protección, que les provee de medidas de prevención de nuevos eventos de agresión.

En definitiva, se hipotetiza que la TBH aumenta los factores protectores y disminuye los factores de riesgo, reduciendo los efectos del maltrato, con lo que estas mujeres pueden empoderarse, y tener una mejor calidad de vida.

## **5.02 Objetivos**

### **Objetivo General:**

Teniendo en cuenta la hipótesis expuesta, se intenta en esta investigación reducir significativamente las probabilidades de ocurrencia de cualquier tipo de violencia, una reducción de los efectos del maltrato por la violencia proveniente de pareja o expareja, reflejada en la reducción de la sintomatología. De esta manera, el objetivo general es: Evaluar la efectividad de la TBH en la evolución personal de mujeres que habían sufrido, en el último año antes del tratamiento, o estaban sufriendo, de violencia ejercida por la pareja al momento de dar inicio al tratamiento.

### **Objetivos Particulares:**

- 1) Evaluar el logro de cada una de las metas en relación a:
  - a. El aprendizaje de aspectos sobre violencia en la pareja: ciclo de violencia, tipos de violencia, plan de seguridad y características del abusador.
  - b. Evaluar cómo se valora la mujer a sí misma después del tratamiento, y si elevó su nivel de autoestima.
  - c. Conocer su estado emocional después del tratamiento, y determinar si identifica las emociones y sensaciones, y si alcanza un manejo de las mismas.
  - d. Determinar si se comunica asertivamente con su pareja.
  - e. Detectar si pone límites personales en la relación de pareja.
  - f. Averiguar si la mujer toma decisiones y acepta la responsabilidad de las consecuencias de las mismas.

- 2) Comparar los síntomas, consecuencia de la violencia proveniente de la pareja, antes, durante y después del tratamiento, para verificar si disminuyeron en cantidad, frecuencia o intensidad.
- 3) Valorar el, o los cambios en la interacción de pareja y determinar si lograron romper con el ciclo de la violencia.
- 4) Detectar si se mantuvieron los cambios en el seguimiento.
- 5) Explorar qué estrategias de terapia breve hipnótica fueron más efectivas en el tratamiento de la muestra de mujeres violentadas por su pareja que participaron en el estudio.
- 6) Comparar cuál fue la efectividad del tratamiento de la TBH en mujeres que completaron el proceso terapéutico, con las que obtuvieron una parte del mismo (abandonaron en algún momento del proceso terapéutico) y las que solo obtuvieron la evaluación o psicoeducación (casos control).

### **5.03 Formulación de Predicciones**

Considerando la hipótesis expuesta se derivan de ella las siguientes predicciones:

- 1) Las participantes que lograron completar el tratamiento de TBH obtendrán un crecimiento personal que les permite diferenciarse y tener una mayor aceptación de sí mismas, junto con la posibilidad de dar continuidad a su evolución como seres humanos al haber creado o enriquecido sus recursos personales (factores protectores) lo que se observará en:

- a. La adquisición de conocimientos y habilidades sobre la violencia en la pareja.
- b. El aumento de la autoestima.
- c. La reestructuración de límites personales claros y flexibles.
- d. Identificación de sensaciones y emociones en el cuerpo.
- e. La implementación de una comunicación asertiva.
- f. El aprendizaje o reaprendizaje de la toma de decisiones y la solución de problemas.

2) Este crecimiento personal definido a través de los puntos anteriores, es de esperarse que sea menor en las participantes que no concluyeron el tratamiento de la TBH. También, es de esperarse que sea todavía menor en las mujeres que no iniciaron el tratamiento de TBH.

3) Las participantes que lograron completar el tratamiento de TBH romperán el ciclo de violencia con su pareja o expareja, y, por ende, se eliminarán o reducirán significativamente todos los tipos de violencia en la pareja, más que las participantes que no lograron completar el tratamiento de la TBH, o no lo obtuvieron.

4) Asimismo, las que concluyeron el tratamiento de la TBH presentarán menos síntomas de haber sufrido violencia, en comparación a las que no lo concluyeron, o no lo recibieron. Dejando así, de cumplir con los criterios del diagnóstico presentado antes del tratamiento.

## **5.04 Variables Independientes y Dependientes**

### **5.04.1 Variable independiente.**

Tratamiento propuesto de la TBH, descrito en el procedimiento.

### **5.04.2 Variables dependientes.**

La evolución personal saludable, se observará en:

- a. El reconocimiento del logro de cada una de las metas por parte de la mujer que:
  - La identificación de los aspectos relacionados con la violencia en la pareja.
  - El sentirse mejor consigo misma al elevar su autoestima.
  - El reconocimiento de sus emociones, y cómo se siente en diferentes situaciones, y pueda manifestarlas.
  - La manifestación de sus límites personales al no permitir que la agredan, ni tampoco se exprese de manera agresiva en su relación de pareja, en la familia o en otros contextos donde se relaciona.
  - El comunicar de manera asertiva.
  - EL tomar decisiones más acertadas de acuerdo a las situaciones que se les presenten.
  
- b. La consecución de una mayor estabilidad emocional mediante la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión, insomnio u otros síntomas.
  
- c. La reducción de la frecuencia y/o intensidad de los diferentes tipos de violencia, o bien, la eliminación del ciclo de la violencia.



## **6. Metodología**

Es un estudio heurístico, con base en una investigación aplicada realizada en tres períodos de intervención con un diseño en 3 fases: evaluación, tratamiento y, post evaluación y seguimiento. Dos análisis: estudio de caso, y estudio de caso múltiple.

### **6.01. Muestra**

En el primer período, se incluyeron a 4 mujeres entre los meses de febrero y noviembre del 2008 y la última concluyó su proceso terapéutico en abril, 2009. De octubre, 2008 a octubre, 2009, se incorporaron otras 9 mujeres, que habían sufrido de violencia por la pareja, y se asignaron al período II de intervención que concluyó en diciembre, 2009. En este período, 2 de las 9 participantes no aceptaron recibir el tratamiento, pero sí, participar en la evaluación de prueba y post prueba, por lo que se incluirían en la muestra con la intención de tener casos control. Sin embargo, cuando se les llamó para la entrevista de seguimiento, no aceptaron participar.

En el período III de intervención, se aceptaron a 5 mujeres que llegaron entre los meses de septiembre a noviembre, 2009. Por ello este período transcurrió de septiembre 2009 a agosto de 2010.

En total llegaron 18 mujeres, algunas de ellas abandonaron o no se obtuvo el seguimiento, por lo que fueron descartadas 6 mujeres. De esta manera, la muestra para el análisis quedo conformada por 12 mujeres. De ellas, 7 concluyeron el tratamiento, 3 recibieron una parte del mismo, y otras 2, tuvieron la evaluación inicial (una de ellas, una parte de psicoeducación) y el seguimiento, por lo que se les consideró casos control (ver Tabla 8).

Las características sociodemográficas de las 7 participantes que completaron el tratamiento de la TBH, son: edad entre 31 y 57 años; estado civil: 5 casadas, pero 2 estaban tramitando el divorcio, de las cuales, una ya estaba separada, otra, ya divorciada, y una soltera; 2 originarias de Tijuana, B.C. México, y 5 de otras entidades de la República Mexicana, radicadas en Tijuana, por lo menos 13 años; estudios: 2 tenían estudios de primaria, 2 de secundaria, una comercio, una secretariado y una preparatoria; ocupación: las 7 se dijeron ser amas de casa, pero además, 3 de ellas se ocupaban como comerciantes, una estilista, y otra, apoyaba niños con sus tareas; el ingreso familiar varió, una con nivel Medio (C), 2 con un nivel Medio Bajo (D+), 3 con un nivel Bajo (D) y 2 con un nivel Muy bajo o sin ingreso (E); religión: una se dijo protestante, 5 católicas, y una sin religión; número de hijos: una tenía un hijo, otra tenía 2 hijos, 2 tenían 3 hijos, y otras 2, tenían 4 hijos; lugar de referencia: una por la facultad de derecho de la UABC, 2 por pláticas de difusión, una buscó ayuda en el Centro Universitario de Atención Psicológica e Investigación (CUAPI), otra la refirió el Centro Universitario Medico-Asistencial e Investigación (CUMAI), y otra, por el centro de acogida donde vivía (ver Tabla 8).

Las características sociodemográficas de las 3 participantes que no completaron el tratamiento de la TBH, son: edades de 39 a 50 años; las 3 estaban casadas, pero dos estaban separadas; las 3 originarias de algún estado de la República Mexicana, radicadas en Tijuana desde por lo menos 20 años; estudios: 2 secundaria trunca, una era estudiante de la licenciatura de Filosofía; ocupación: las 3 se dijeron amas de casa, y además una era estudiante, como ya se indicó, y otra trabajaba en maquiladora; el ingreso familiar, en 2 de ellas, era Medio (C), y una, Muy Bajo (E); religión: una era Testigo de Jehová, una no profesaba ninguna religión, y otra, era católica; número de hijos: dos tenían 3 hijos, y la otra 1; lugar de referencia: una, buscó ayuda en el CUAPI para que su hijo, otra, pláticas de difusión

en la Feria de la Salud de la Mujer, y una más, la refirió el CUMAI (ver Tabla 8).

Las características sociodemográficas de las 2 participantes que no accedieron al tratamiento, son: 41 y 49 años de edad; una casada y separada en busca del divorcio, la otra, unión libre; las 2 originarias de algún estado de República Mexicana radicadas en Tijuana desde, por lo menos, 29 años; estudios: una era analfabeta, y la otra, tenía estudios de secundaria; ocupación: las 2 se dijeron amas de casa, y una de ellas, también era comerciante; el ingreso familiar, en una de ellas, era Bajo (D), y otra, Muy Bajo (E); religión: una se dijo cristiana, y la otra, no profesaba ninguna religión; número de hijos: una con 2 hijos, y la otra 4; lugar de referencia: una fue referida por la facultad de derecho de la UABC, y la otra por un estudiante de la UABC (ver Tabla 8).

Tabla 8

*Datos Sociodemográficos de la Muestra*

Datos	Tratamiento de la TBH		
	Completo N=7	Parcial N= 3	Casos control N=2
Edad	31-57	39-50	41-49
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer
Estado civil			
Casada	5	3	1
Divorciada	1	-	-
Unión libre	-	-	1
Soltera	1	-	-
Tipo de relación en fase de prueba			
Noviazgo	1	-	-
Separada	1	2	-
En proceso de divorcio	2	-	1
Origen			
Tijuana	2	-	-
Otro lugar de México	5	3	2
Tiempo de residir en la ciudad (años)	13 -39	20-30	29-38
Escolaridad			
Ninguna	-	-	1
Primaria	2	-	-

*Continuación Tabla 8*

Secundaria	2	2	1
Bachillerato	1	-	-
Preparación Técnica	2	-	-
Universitaria	-	1	-
Ocupación			
Ama de casa	7	3	2
Empleada	-	1	-
Comerciante independiente	3	-	1
Estilista	1	-	-
Estudiante	-	1	-
Otro	1	-	-
Religión			
Católica	4	1	-
Protestante	1	-	-
Cristiana			1
Testigo de Jehová	-	1	-
Ninguna	2	1	1
Nivel económico			
A/B Alto o Medio Alto			
(C) Medio	1	2	-
(D+) Medio Bajo	2	-	-
(D) Bajo	2	-	1
(E) Muy bajo o sin ingresos	2	1	1
Número de hijos			
1	1	-	-
2	1	-	1
3	3	3	-
4	2	-	1
Lugar de canalización			
Facultad de Derecho	1	-	1
Pláticas en Centros Educativos	2	-	-
CUAPI			
Atención para ella	1	-	-
Atención para un(a) hijo(a)	-	1	-
CANDI	1	-	-
IMSS	-	1	-
CUMAI	1	-	-
Feria de la Salud	-	1	-
Conocidos o familiares	-	-	1
Centro de acogida	1	-	-

### **6.01.1. Criterios de inclusión y de exclusión.**

Se invitó a participar a las mujeres que acudieron al CUAPI a buscar ayuda psicológica para ellas mismas o alguien más en la familia, a quienes se identificaron con antecedentes de maltrato por su pareja, por lo menos en el último año. Mujeres entre los 18 y 59 años edad, dadas las estadísticas en México, que marcan ese rango como la edad de mayor prevalencia de violencia contra la mujer, ejercida por su pareja. Podían ser mujeres que aún convivieran con su pareja o no, o la violencia fuera ejercida por un novio o ex-novio. Debían ser residentes de Tijuana, B.C., aunque su lugar de origen fuera distinto a esta ciudad, siempre y cuando tuvieran por lo menos 3 años en esta ciudad. Debían ser mujeres que mantuvieran o hubieran mantenido relaciones de pareja heterosexuales.

Se excluiría a mujeres con Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Ninguna de las mujeres que asistieron a los servicios del CUAPI presentó estas características.

Para la muestra de análisis se excluyeron a las participantes que solo se presentaron a la evaluación de prueba, no recibieron tratamiento y no participaron en la fase de post evaluación.

## **6.02 Instrumentos de Evaluación**

Fueron utilizados 6 instrumentos de evaluación en el transcurso del estudio; en la Tabla 9 se presentan de acuerdo a la fase del estudio que corresponden.

Tabla 9

*Instrumentos de evaluación empleados en las 3 fases del estudio*

Fase del estudio	Instrumentos de evaluación			
Fase I. Evaluación inicial.	Entrevista para mujeres maltratadas por la pareja.	para	Lista de cotejo Examen Mental.	Historia de vida.
Fase II. Tratamiento.	Entrevista breve de inicio de sesión.			
Fase III. Postevaluación y seguimiento.	Entrevista de postevaluación.	breve	Entrevista de seguimiento.	

### 6.02.1 Entrevista para mujeres maltratadas por la pareja.

Se estructuró un instrumento específico para la fase I de evaluación inicial, a la que denominamos *Entrevista Para Mujeres Maltratadas por la Pareja*, con la finalidad de explorar y profundizar acerca de diversos aspectos relacionados con la violencia sufrida por las mujeres participantes antes del inicio del tratamiento. Esta entrevista consta de un cuestionario de 43 preguntas abiertas integradas en 8 áreas: I. Antecedentes del problema y evaluación del riesgo de violencia (de la pregunta 1 a la 3); II. Tipos de violencia y su ciclo. Gravedad o severidad de la violencia (de la pregunta 4 a la 17); III. Recursos y modos de acción (de la pregunta 18 a la 22); IV. Desempeño en las siguientes áreas: Familia, Socialización, Educación, Sexual y Laboral (de la pregunta 23 a la 34); V. Relaciones de pareja (pregunta 35-36); VI. Antecedentes de adicciones y/o delictivos en la paciente identificada o dentro de la familia (pregunta 37-38); VII. Salud (de la pregunta 39 a la 40); VIII. Antecedentes de ideación o intento suicida, y evaluación de riesgo de suicidio (de la pregunta 41 a la 43), (ver anexo A, Entrevista para mujeres maltratadas por la pareja).

### **6.02.2 Lista de cotejo examen mental.**

Se creó una lista de cotejo para establecer el estado mental como un instrumento sencillo, donde él o las terapeutas registraran sus observaciones clínicas, antes de dar inicio al tratamiento. Está compuesto de 53 reactivos con opción de respuestas de sí y no, y está dividido en las siguientes áreas: Apariencia, Actividad psicomotora, Comportamiento, Procesos del Pensamiento, Estado de Ánimo, Afecto, Orientación, Estado de Conciencia, Recursos Intelectuales, Juicio, Memoria, Contenido del Pensamiento, y Capacidad de *Insight* (ver Anexo A, Lista de cotejo del examen mental).

### **6.02.3 Historia de vida.**

Aunque no se cuenta con instrumento específico para ello, se les pidió a las mujeres que utilizaran cualquier tipo de papel y lápiz, o bolígrafo que tuvieran a la mano, con el fin de que la mujer se sintiera en total libertad de compartir lo que quisiera, para captar emociones o situaciones que pudieran estar faltando en la entrevista, y poder así, completar la evaluación.

### **6.02.4 Entrevista breve al inicio de la sesión.**

El instrumento utilizado consta de tres preguntas (ver anexo A, Entrevista breve al inicio de la sesión) para evaluar el estado de ánimo en correspondencia con acontecimientos recientes, y evaluación del riesgo de violencia, al inicio de cada sesión.

### **6.02.5 Entrevista breve de postevaluación.**

Se elaboró un cuestionario de 13 preguntas abiertas para explorar cómo se sentía la participante y qué cambios notaba en su vida a partir de haber obtenido el tratamiento, y, sobre todo, asegurarnos que hubiera aprendido a resguardarse del riesgo de violencia al seguir el plan de seguridad estructurado durante la psicoeducación en la 1a parte del tratamiento y, por lo tanto, estuviera fuera de peligro (ver en el anexo A, Entrevista breve de post evaluación para mujeres maltratadas).

### **6.02.6 Instrumento de evaluación para el seguimiento.**

El instrumento de evaluación para la fase del seguimiento consistió en otro cuestionario para una entrevista estructurada y abierta de 67 preguntas divididas en 7 apartados: I. Datos Personales, (de la pregunta 1 a la 4); II. Hábitos actuales y auto percepción del cambio, (de la pregunta 5 a la 16); III. Relación con la pareja, (17 a la 24); IV. Relación con hijos/as y con otros familiares, (de la pregunta 25 a la 36); V. Desempeño en las siguientes áreas: Área Social, Área Educativa, Explorar Área Sexual, Área Laboral, Área Emocional, (de la pregunta 37 a la 51); VI. Creencias acerca de la violencia (de la pregunta 52 a la 57); y, VII. Necesidad de terapia, (de la pregunta 58 a la 59). (Ver Anexo A, Entrevista a seis meses o más de haber concluido el proceso de terapia breve hipnótica).

## **6.03 Materiales**

Se utilizaron: 5 mesas; 10 sillas cómodas; hojas blancas, lápices; lápices de colores; folders de manila; broches sujetadores de papel. Para la grabación de las sesiones se contó con: 5 Audiograbadoras de mini cassette, marca

Sony modelo Corder M-660V; y 3 Audiograbadoras digitales marca Olympus WS400S. Para su resguardo: un disco duro externo marca WD modelo WD3200ME. Para la transcripción de las entrevistas, se utilizaron audífonos y ordenadores de la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC.

## **6.04 Procedimiento**

La muestra estaba conformada inicialmente, por 18 mujeres que habían sufrido de violencia por la pareja durante el último año o la estaban sufriendo al momento de la entrevista. La asignación en cada uno de los períodos de intervención, obedeció, tanto al momento en que estas iban solicitando el servicio del CUAPI, pero también por la incorporación del terapeuta y las terapeutas, así como el lapso en que completaban la primera parte de su entrenamiento en el proyecto. Es por ello, que el primer período de intervención se traslapa con el segundo, y el segundo con el tercero en fechas en que concluyen unas y comienzan otras.

El procedimiento consta de varias partes donde se describe el contexto y el lugar en que se llevó a cabo el estudio, los mecanismos de difusión, el entrenamiento a terapeutas y equipo de apoyo, el procedimiento específico de las tres fases del diseño de investigación, así como, las formas de obtención de datos.

### **6.04.1 Lugar donde se desarrolló el estudio.**

#### **6.04.1.1 Características de la Ciudad de Tijuana.**

La ciudad de Tijuana, es la más habitada del Estado de Baja California, México, con una población de aproximadamente 1,5 millones de personas.

Uno de los aspectos que caracterizan a Tijuana es el formar parte de la región de “Las Californias”, como se les ha denominado recientemente, por los vínculos socio-económicos y culturales con California, EEUU, dada su ubicación geográfica delimitados únicamente por la línea Fronteriza. Con lo cual, se da un intercambio constante en el comercio, eventos culturales, proyectos de investigación, entre otros.

Lo que es bastante peculiar en esta región de “Las Californias”, es el fenómeno del *conmuting*, es decir, la movilidad de personas, hombres y mujeres, que viven de un lado u otro de la frontera y realizan sus jornadas laborales del otro lado de la línea divisoria entre los dos Países, con finalidades distintas.

Los que viven en Tijuana y van a San Diego y sus alrededores, generalmente lo hacen en busca de mejores condiciones de trabajo y remuneración salarial; mientras que los *conmuters* que laboran en Tijuana, y se van a radicar a San Diego, lo hacen con el fin de encontrar una mejor calidad de vida en el vecino País. Sin embargo, los costos de este tipo de vida, les acarrea altos niveles de estrés, cansancio y una reducción del tiempo libre, debido a la duración del cruce diario de la Frontera, Tijuana-San Ysidro, u Otay, que en ciertos momentos del día puede tomar de entre una y tres horas. Y el regreso, San Ysidro-Tijuana, u Otay, de entre 15 y 30 minutos.

Otro de los aspectos importantes que caracterizan a Tijuana, es la afluencia constante de personas de distintos partes de la República Mexicana, así como también de países centroamericanos y suramericanos que llegan con el propósito de cruzar la frontera con EEUU, y la esperanza de vivir el sueño americano. No obstante, esto no siempre es posible debido a los costes, tanto en sentido monetario, como en los riesgos que conllevan los intentos por cruzar, por lo que muchas de estas personas se quedan a radicar en Tijuana como población flotante. Es decir, que se quedan por temporadas y regresan a sus pueblos de origen, o bien, cambian de

domicilio constantemente por la dificultad de reunir el costo de la renta, por lo que algunos de ellos se establecen en zonas de alto riesgo constituyendo cinturones de miseria. Incluso algunas personas se apoyan en las organizaciones de migrantes. Esto hace que el crecimiento de la ciudad sea desproporcionado y hasta caótico, respecto al ritmo de urbanización y al uso de los recursos naturales y económicos con los que cuenta.

Conjuntando estos dos fenómenos -el *conmuting* y el arribo de población flotante- origina otro fenómeno que es la separación de las familias. Cuando un miembro de la familia logra cruzar la línea fronteriza, pero no cuenta con la documentación básica (visa de turista) que le permita insertarse como *conmuter*, se ven obligados a dejar atrás todo, para trabajar en EEUU, algunos van a otras ciudades de California o a otros Estados, y en el mejor de los casos enviar dinero a su familia, y en otros casos, no tan afortunados, dejan a la familia en el desamparo.

Otro aspecto, que lamentablemente caracteriza a Tijuana, es la presencia de altos índices de violencia social, comenzando por la existencia del crimen organizado que paralizan a la ciudadanía y la someten a vivir en una dinámica de terror, aunado a los niveles de corrupción en el poder judicial, conducente a la impunidad de los delitos. Y por supuesto, entre ellos una gran cantidad de casos de violencia contra la mujer ejercida por su pareja, que también resultan impunes.

La composición de las unidades domésticas es muy variada en cuanto al número de miembros que la componen, y el tipo de parentesco, es decir, si vive él y/o la abuela con la familia nuclear; si solo habitan y convive la familia nuclear de la pareja, o con, un número variado de hijos, o bien, unidades domésticas compuestas por personas divorciadas o separadas con o sin hijos, ya sea que hayan o no tenido un lazo matrimonial, y que regresan al hogar con su/s padres o madres.

Otro tipo de unidad doméstica es aquella en donde conviven varias familias nucleares de hermanos/as, ya sea que se encuentre con ellos todavía la madre o el padre, o no. Pero, también se encuentran unidades domésticas donde una persona llega con la familia desde su lugar de origen en busca de cruzar la frontera, o de trabajar en Tijuana (dada la gran industrialización que se asentó en los años 90), y se queda a radicar en donde fue recibido/a, ya sea que tenga o no lazos de parentesco. Generalmente se trata de personas del mismo pueblo de origen o es el sobrino, ahijado, etc. de algún conocido de alguno de los miembros de la familia.

Con cada vez más frecuencia, también, se observen familias monoparentales, y de ellas, una mayor proporción de familias encabezadas por mujeres, dado el papel que tradicionalmente se le ha otorgado socialmente de ser quien debe de cuidar y proteger a los/as hijos/as. El problema radica no solo en que no tiene mucha opción más que el hacerse cargo de sí misma y de los/as hijos/as, sino que debe salir a trabajar para sostenerse y sostenerlos, ya que en raras ocasiones el padre de los niños/as se hace responsable de ello. Esa circunstancia conduce a las jefas de los hogares de estas familias a organizarse en largas jornadas de trabajo, y en ocasiones, con horas extras u horarios nocturnos. A menudo trabajan en lugares apartados donde el tiempo de transportación ocupa buena parte de su día, para alcanzar un ingreso “suficiente” para subsistir, dejando el cuidado de los menores, en el mejor de los casos, si cuenta con una red de apoyo, y esperando se trate de una persona “confiable” como la abuela, el abuelo o ambos, vecinas u otros familiares. En otras ocasiones menos fortuitas, responsabiliza al o la mayor de los/as hermanos/as al cuidado de los más pequeños, lo que trae con frecuencia, descuido u otros tipos de abuso de los/as hijos/as, ya sea por el cuidador u otra persona con algún tipo de autoridad sobre los/as menores. También conlleva a estrés parental

y maltrato por la misma madre, y algunas ocasiones, optan por el abandono, dejándolos permanentemente con familiares o en casas hogar.

Si a esto le sumamos que, a pesar de la separación, las mujeres continúen sufriendo el maltrato de su expareja, las cosas se agravan, tanto en la estabilidad emocional de la mujer, como la de los hijos/as.

Lo único que aminora un poco el problema es el surgimiento de organizaciones civiles dedicadas al albergue de mujeres maltratadas, donde las reciben solas o con sus hijos, así como otras organizaciones que reciben a los niños/as abandonados/os.

#### **6.04.1.2 Centro Universitario de Atención Psicológica e Investigación de la Universidad Autónoma de Baja California (CUAPI-UABC).**

El estudio se planeó para llevarse a cabo como parte del servicio de atención psicológica proporcionado en el Centro Universitario de Atención Psicológica e Investigación de la Universidad Autónoma de Baja California (CUAPI-UABC), en la ciudad de Tijuana, Baja California, México. El CUAPI forma parte de la estrategia Enseñanza- Aprendizaje de la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC, para incidir en la formación competente del psicólogo, además del interés por brindar un apoyo a la comunidad tijuanaense, por lo que recibe a personas de todas las edades, con problemas emocionales y de conducta, tales como ansiedad, depresión, problemas de conducta, agresión infantil, conflictos de pareja, entre otros. El CUAPI se encuentra ubicado en el edificio 1G, planta alta del campus Tijuana de la UABC.

El CUAPI cuenta con cinco cubículos adaptados como oficinas de consulta, y su horario es de lunes a viernes de 9 a 13 horas.

#### **6.04.2 Vías de difusión del estudio.**

Para recibir en el CUAPI a mujeres que quisieran participar, los practicantes se encargaron de hacer la difusión del estudio, visitaron las instituciones que trabajan en programas dirigidos a las mujeres de interés como: la delegación del Instituto de la Mujer del Estado de Baja California y su instancia Municipal de Tijuana; el Centro de protección social de la Mujer, perteneciente al Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Municipal; al Centro para Atención a la Violencia Intrafamiliar (Dependiente del Municipio de Tijuana); la Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJE) en su programa: Atención a Víctimas del Delito; y en Centros Educativos a nivel primaria, secundaria y bachillerato.

Se explicó, a los dirigentes de las instituciones en qué consistía el proyecto y las características de las mujeres que estábamos esperando recibir, además de llevarles papeletas informativas (ver anexo D). La información giraba sobre: los tipos de violencia y algunas de las características de los hombres maltratadores, además de contener los datos del CUAPI en cuanto a ubicación, teléfono y sus horarios de atención (ver anexo D).

Los centros educativos visitados fueron a nivel primaria y secundaria; se realizaron pláticas informativas dirigidas a las madres de familia, que en esos momentos participaban en escuela para padres, o que asistían a la escuela a recoger calificaciones de sus hijos/as. La plática, de aproximadamente una hora y media, consistió en presentar conocimientos sobre las relaciones violentas en cuanto a los tipos de violencia (física, psicológica, económica y sexual), el ciclo de la violencia, las repercusiones de la violencia en los miembros de la familia, o testigos de la misma, al igual que se agregaron elementos que contribuyen al establecimiento de relaciones equitativas y saludables en la pareja.

El CUAPI también tiene el compromiso de atender a la comunidad universitaria, por lo que se pegaron carteles en el campus, y se visitó a los centros psicopedagógicos de las distintas facultades, donde se dejaron las mismas papeletas, que se repartieron en las otras instituciones.

Entre las facultades visitadas, estuvo la Facultad de Derecho, no solo para informarles y para que nos canalizaran a las mujeres que les llegan en busca de asesoría legal, sino también para conocer si ellos tendrían la capacidad de proporcionar asesoría a las mujeres participantes en el proyecto, ya fuera que lo solicitaran así, o nosotros detectáramos la necesidad. Desde esta Facultad nos indicaron que podrían asesorarlas, mas no iniciar un proceso de divorcio, debido al tiempo que toman esos procesos, y que, en todo caso, habría que canalizarlas al ministerio público con un abogado de defensoría de oficio, o bien, deberían contratar a uno, si estaba dentro de sus posibilidades económicas hacerlo.

En cada período del proyecto se hizo difusión. En el período II y III ya no se visitaron las instituciones públicas, únicamente se hicieron llamadas telefónicas para recordarles que seguíamos atendiendo a esta población. En el caso de los centros educativos se visitaron distintos colegios en cada período del estudio en donde las practicantes tuvieran algún contacto previo para facilitar la entrada al mismo. Con la misma intención, se organizó una “Feria de la Salud de la Mujer” en septiembre del 2009, en el Centro comunitario del campus Tijuana de UABC, en donde participaron distintas instituciones que trabajan contra la violencia familiar que incluye la violencia contra la mujer por su pareja. Por parte del CUAPI, se estableció un módulo informativo del estudio “Terapia Breve Hipnótica para Mujeres Maltratadas”.

### **6.04.3 Terapeutas y practicantes de apoyo.**

Participaron en la investigación estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana (UABC), México, en diferentes etapas de formación, y algunos recientemente habían concluido sus estudios de Psicología.

Se seleccionaron estudiantes de la última etapa de formación y a los que habían concluido sus estudios de Psicología asignados a la labor de psicoterapia; estudiantes en la primera etapa de formación, asignados a labores de recepción del servicio de atención psicológica y transcripción de entrevistas, y, por último, estudiantes de la etapa disciplinaria (que es la etapa intermedia de formación) para hacer el seguimiento de las participantes. A continuación, se describen, tanto los estudiantes participantes, como el entrenamiento que recibieron.

#### **6.04.3.1 Reclutamiento y entrenamiento de terapeutas.**

Una de las primeras tareas en el estudio fue reclutar a los estudiantes en la última etapa de formación, y recién egresados de la licenciatura en Psicología, interesados en la atención a mujeres maltratadas por la pareja y en la adquisición o ampliación de habilidades psicoterapéuticas con la aplicación de estrategias de hipnosis ericksoniana. Por lo tanto, los interesados requerían de haber cursado, o estar cursando, la unidad de aprendizaje optativa “Hipnoterapia”, como parte del entrenamiento básico, ya que esta se basa en la hipnosis ericksoniana. Los beneficios adicionales a su participación, serían el aprendizaje de las estrategias específicas del tratamiento planteado y supervisión clínica, además de tener la posibilidad de completar las 480 horas requeridas del servicio social profesional.

Los estudiantes participantes, que desde ahora se les llamara terapeutas, fueron: 2 practicantes mujeres, cursaban el 7º semestre, 4

mujeres practicantes cursaban el 8º semestre de la licenciatura de Psicología, un hombre, y 5 mujeres más, que habían concluido recientemente la licenciatura.

*1ª. Parte del entrenamiento a terapeutas: violencia en la pareja.*

Las terapeutas y el terapeuta recibieron entrenamiento durante todo el período en que estuvieron dedicados al proyecto. Las reuniones de entrenamiento y supervisión eran grupales, con duración de dos horas. No obstante, siempre estuvo disponible en el CUAPI la investigadora principal, mientras los terapeutas llevaban a cabo las sesiones en caso de que alguna/o de ellas/él, necesitara asesoría en el momento.

La primera parte del entrenamiento se llevó a cabo durante 8 semanas, en las que se les proporcionó conocimientos sobre violencia contra la mujer por su pareja, y el manejo de los instrumentos. Al mismo tiempo, los practicantes llevaron a cabo la labor de difusión del estudio.

Se inició el entrenamiento con la presentación de las características generales de las mujeres maltratadas, con base a los patrones habituales de respuesta ante situaciones familiares y las formas generales de responder. Se llevó a cabo el análisis de distintas lecturas referentes a la violencia en la pareja, reportes de la violencia en México (ENDIREH, 2003 y 2006), el capítulo dedicado a este tipo de violencia contra la mujer del informe de la OPS (2003a), además de los siguientes libros: “*Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*”, compilado por Corsi, (1994); “*Las mujeres que aman demasiado*” de Norwood (2008); la publicación ocasional N° 6, género, equidad y salud “*Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud*” escrito por García-Moreno (2000), bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, y el *Harvard Center for Population and Development Studies*; “*La violencia en casa*” de Torres (2001); “*Los Rostros de la Violencia*” (Fernández,

2001), entre otros. De igual forma se analizaron algunas películas como: "Él" de Luis Buñuel (1951); "Te Doy Mis Ojos" de Icíar Bollaín (2003); "Sleeping with the Enemy" (Durmiendo con el enemigo) de Joseph Ruben (1991), en donde se observa la dinámica que estas parejas, y el tipo de afrontamiento de las mujeres bajo estas circunstancias.

Posteriormente, se les informó acerca de los tipos de violencia, el ciclo de la violencia, el círculo del poder, cómo detectar el riesgo e intensidad de la violencia, las principales características de los maltratadores, algunas explicaciones teóricas que se le ha dado a este tipo de violencia, en qué consiste el plan de seguridad, cómo ponerlo en práctica, y acciones que estas mujeres podían emprender (interponer una denuncia contra el abusador, iniciar un proceso de divorcio, salir del domicilio conyugal por una noche o el tiempo necesario para mantenerse resguardadas del peligro al recurrir a un albergue o centro de acogida, o bien, pasar una noche en un hospital, o irse con un familiar). Esto último, implicaba que las terapeutas estuvieran informadas sobre los lugares a los que podían acudir las mujeres participantes para denunciar o recibir ayuda, como instancias gubernamentales y civiles, además de proporcionarles teléfonos de emergencia (ver anexo D).

De esta forma, se les instruyó en cómo elaborar un plan de seguridad y cómo apoyar a la participante a elaborar el suyo; en cómo detectar el riesgo si fuera el caso, y apoyar a la mujer a identificarlo, en función de la frecuencia y características del ciclo de la violencia que la participante estuviera experimentando. Asimismo, se incluyeron algunas indicaciones sobre cómo actuar ante ellas, percatarse de la dependencia que las caracteriza y prepararse para evitar algún tipo de rechazo hacia ellas, enfatizando la importancia de establecer una buena alianza terapéutica. A partir de lo anterior, se les instruyó para que tuvieran presente y siguieran los aspectos terapéuticos cuando se trata de mujeres que han sufrido de violencia en la pareja, descritos en la siguiente lista de normas.

Normas que los terapeutas debían acatar para el tratamiento de las mujeres participantes:

- a. Asegurarse de que la mujer comprenda la naturaleza del proyecto y cuáles son las ventajas que puede tener su participación, pero también que estén conscientes del posible sufrimiento al recordar las situaciones traumáticas de violencia por la pareja.
- b. Mantener una escucha activa y mostrar empatía.
- c. Mantener una actitud de aceptación incondicional.
- d. Validar la expresión de sentimientos y emociones, así como el relato de las experiencias de las mujeres.
- e. Nunca juzgar o poner en duda la verdad que ellas les presentan.
- f. Hacerles saber que ellas no eran, en ninguna forma, culpables de la situación de violencia y siempre es el agresor el responsable de la misma.
- g. Hacer hincapié en que el significado de la confidencialidad, pero de igual forma, hacerle notar que la terapeuta está bajo supervisión, y debe de hablar del caso con su supervisora, así como con el resto de los terapeutas, para poder ser guiada durante el tratamiento.
- h. Respetar las necesidades de la persona, así como sus decisiones.
- i. Respetar el ritmo con el que la persona puede llegar a una decisión, ya sea que se apegue o no a ella.
- j. Ser sensible para atender las prioridades de la participante.
- k. Mantener siempre el apoyo incondicional.
- l. Evaluar el riesgo en que se encontraba la mujer en cada sesión y, si se detectaba alguno, actuar en función del grado de gravedad.

Asimismo, se les dio a conocer el diseño de la investigación, los protocolos y los instrumentos de evaluación. Todo ello, se llevó a cabo en sesiones de discusión, modelado de la aplicación de los instrumentos (ver

Anexo A) y la secuencia en que debían ser aplicados en la forma que se expone más adelante en la descripción de la Fase I.

A continuación, se prosiguió con el formato de entrevista, dando lectura a las preguntas, y explicando cómo debían profundizar en función de las respuestas de las participantes. Hablamos de la aplicación del examen mental, y de los materiales de apoyo como la lista de cotejo del abusador, y las representaciones esquemáticas del ciclo de la violencia, el círculo del poder, el círculo de las relaciones equitativas y el plan de seguridad (ver Anexo B).

*2ª. Parte del entrenamiento a terapeutas: estrategias de terapia breve e hipnosis ericksoniana.*

Tras concluir esa primera parte del entrenamiento, y una vez que las terapeutas aprendieron los aspectos básicos sobre violencia en la pareja, el manejo de los protocolos e instrumentos de evaluación, así como los principios que debían de regular su comportamiento, se trabajó en la secuencia del tratamiento, las metas y el propósito de cada una de ellas. Esta segunda parte del entrenamiento fue más específica en cuanto a la supervisión de los casos y a la enseñanza de las estrategias terapéuticas del tratamiento con base a la terapia breve e hipnosis ericksoniana. Se efectuó en seis meses para cada período de intervención, en reuniones semanales de 2 horas y media.

De igual forma que en la primera parte del entrenamiento, se efectuó el análisis de distintas lecturas, ahora, referentes a la terapia breve y la hipnosis ericksoniana, que completaron los conocimientos y prácticas realizadas en la clase de “Hipnoterapia”, que como ya se ha mencionado, era requisito haber cursado. Algunas de las lecturas son de los siguientes libros: “Claves para la solución en terapia breve” (De Shazer, 1997), “Familias y terapia familiar” (Minuchin, 1979) “Hipnosis clínica: un

*enfoque ericksoniano*" (Téllez, 2007), *"Un seminario didáctico con M.H. Erickson"* (Zeig, 1980); *"Concierto para cuatro cerebros"* (Robles, 1990), *"La magia de nuestros disfraces"* (Robles, 1993), *"Autohipnosis: aprendiendo a andar por la vida"* (Abia y Robles, 1993), *"Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson"* (O'Hanlon, 1989).

El entrenamiento de cada estrategia se comenzaba explicando el objetivo y la estructura de la misma; a continuación, se le aplicaba a él/las terapeutas/s. Con ello se perseguían dos propósitos: el primero, que experimentaran lo que de manera similar experimentarían las mujeres participantes; el segundo, que fueran capaces de reproducir la estrategia en la participante a su cargo.

Posteriormente, se comentaban las experiencias de cada terapeuta y se aclaran dudas. Al final de la reunión, se supervisaba los casos; donde el/las terapeutas/s explicaban la situación de la participante, se discutían los puntos clave y se formulaban hipótesis, y, finalmente, se concluía con los pasos que debían seguir el/las terapeutas/s, con comentarios acerca de qué aspectos se tomarían en cuenta, o lo que hacía falta por explorar aún más. En cada período del estudio se siguió la misma dinámica de entrenamiento y supervisión clínica. Los detalles de las sugerencias hipnóticas se describen en cada meta del plan de tratamiento, en el procedimiento de las sesiones.

#### **6.04.3.2 Reclutamiento y entrenamiento del equipo de apoyo.**

Participaron doce estudiantes de la etapa básica de la licenciatura en Psicología, como equipo de apoyo, quienes prestaron su servicio social comunitario haciendo labores de recepción en el CUAPI, además de colaborar en el trabajo de transcripción de las entrevistas audio grabadas.

Se les instruyó en cómo detectar mujeres candidatas a participar en el proyecto, y a canalizarlas hacia alguna de las terapeutas para recibir el tratamiento. Se les indicó la manera de transcribir las entrevistas, especificando que fueran literales, y siguiendo cierta simbología (ver Anexo A, Protocolo de transcripción de audio grabaciones). Las audiograbaciones les eran asignadas sin secuencia, y de distintas participantes, para evitar que siguieran el contenido completo de alguna de ellas, y pudiera haber alguna identificación. Así, se lograba mantener el anonimato de las participantes.

Para la fase de seguimiento se invitaron a otros estudiantes del 6º semestre de la licenciatura en Psicología, quienes no habían tenido experiencia psicoterapéutica de ninguna índole, solo adiestramiento en entrevista. Sus conocimientos sobre mujeres maltratadas fueran cotidianos y no tuvieran antecedentes sobre estrategias hipnóticas. Se involucraron 7 estudiantes, de los cuales eran 6 mujeres y un hombre. Se les instruyó sobre algunos aspectos de la investigación en cuanto a:

- a. Las características de participantes tratadas con la TBH.
- b. La duración promedio del tratamiento que recibieron las mujeres participantes (18 sesiones, de una hora cada una).
- c. La manera en que debían contactar a las participantes.
- d. La importancia de profundizar en la entrevista.
- e. El diseño de investigación, y que, la entrevista que realizarían, correspondía a la parte del seguimiento.
- f. Y, que las participantes debían aceptar ser audio grabadas o, de lo contrario, debían anotar la información lo más aproximado posible a la proporcionada por la participante durante la entrevista.

A partir de ello, revisamos el instrumento de evaluación, Entrevista de Seguimiento (ver anexo A, Entrevista de seguimiento).

#### **6.04.4 Procedimiento de las tres fases del estudio.**

Una vez entrenados los practicantes y hecha la difusión del proyecto, se procedió a la detección de las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión.

Algunas de las participantes no fueron detectadas de inmediatas debido a que el CUAPI ya cuenta con reconocimiento de la comunidad y llegan personas canalizadas por instituciones varias, lo que ha incrementado la demanda del servicio con la consecuente necesidad de manejar una lista de espera. De ahí el riesgo de que las mujeres de interés no fueran identificadas suficientemente rápido como para su pronta inclusión en el tratamiento dentro del estudio. O, de igual forma, al presentar la mujer un motivo de consulta distinto al de violencia, tal como depresión, problemas con sus hijos/as, tristeza, conflictos familiares, u otros, se tenía la posibilidad de que la tomara una de las practicantes no participante en el estudio, y, por lo tanto, no entrenada en violencia, y en el estudio, y les era difícil determinar si se trataba de un caso de violencia, o no. Ese fue el caso de dos mujeres que se detectaron hasta la 3a sesión. En ese momento se les invitó a participar y ambas aceptaron. Sin embargo, solo una completó todo el tratamiento.

De la lista de espera, se localizaron telefónicamente a todas las posibles candidatas. De esta forma, se detectaron a dos mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Las demás fueron detectadas en cuanto llegaron a pedir información al CUAPI, y se les dio atención en ese momento, o bien, se les dio cita para el primer terapeuta disponible.

#### **6.04.4.1 Fase I. Evaluación inicial.**

En esta Fase I, el/las terapeuta/s debían armar un expediente de la participante utilizando una carpeta manila y un broche baco de 8 cm, donde iban anexando todos los documentos de cada participante: ficha de identificación; encuadre; consentimiento informado; los instrumentos de evaluación (que ya fueron descritos) dependiendo de cada una de las fases; hoja de síntesis de sesión; historia de vida; y cualquier otro material de apoyo que se utilizara, como: la lista de cotejo del abusador, los esquemas del círculo del poder, el esquema del ciclo de la violencia, esquema de las relaciones equitativas; la lista de cotejo de las cosas necesarias en caso de emergencia (ver Anexo B); mismos que se irán describiendo conforme el orden en que se emplearon.

Entonces, esta Fase I, de evaluación inicial, se comenzó por la ficha de identificación y los protocolos de encuadre y el consentimiento informado, que debían ser completados en primera instancia. La *ficha de identificación*, se utiliza para registrar a las personas en el CUAPI, y agrupa en una sola hoja, datos sociodemográficos, condición laboral, nivel socioeconómico, historia migratoria, motivo de consulta y una descripción breve de la apariencia de la persona; el segundo, protocolo de *encuadre*, se estableció para que el/ las terapeuta/s planteara/n las condiciones del estudio, a las mujeres objeto del mismo, con el fin de invitarlas a participar, pero también con el propósito de sensibilizarlas respecto a los beneficios que obtendría al participar, así como las dificultades que podía experimentar al recordar situaciones dolorosas de su historia de maltrato.

En este encuadre, el/ la terapeuta, le hablaba de cómo funciona el servicio del CUAPI, en qué consiste el proyecto y su objetivo, proporcionaba una breve explicación de lo que es la hipnosis, y los mitos al respecto, así como el tiempo probable de duración del tratamiento; y a partir de lo anterior, se planeaba el *consentimiento informado*, donde se

confirmaba por escrito lo explicado en el encuadre, y se establecía la confidencialidad de todos los procedimientos, además de solicitar su autorización para audio grabar las sesiones y posible difusión científica de los resultados del tratamiento (ver Anexo A, Ficha de identificación; Protocolo de Encuadre; y, Consentimiento informado). Las audiograbaciones se realizaron a todas las participantes, durante todo el estudio, con algunas excepciones por fallas técnicas; mismas que se transcribieron bajo un protocolo (ver Anexo A, Protocolo de transcripción de audiograbaciones).

Sin embargo, en ocasiones se dificultaba seguir estos tres pasos, debido a que no todas las mujeres en una situación de violencia, tienen conciencia de la misma, y en este estudio no fue la excepción. Particularmente, cuatro estaban conscientes en esos momentos, de que lo que les sucedía era a cuenta de la violencia ejercida por su pareja contra de ellas. Otras cinco, se dieron cuenta en el primer encuentro durante la entrevista.

A estas nueve mujeres, conscientes, o que tomaron conciencia de la violencia proveniente de sus parejas, al momento de la entrevista, se les presentó el proyecto en el primer encuentro, a través del encuadre, y la lectura del consentimiento informado, con el desenlace en la aceptación y firma de este, para participar en el estudio. Todo ello facilitó evaluar si estaban en riesgo de sufrir algún episodio de violencia, aunque dos de ellas solo aceptaron participar en la fase de evaluación y post evaluación, por lo que pasarían a ser casos control.

Las otras nueve mujeres, no tenían conciencia de vivir una relación violenta, por lo que no se les podía hacer la invitación a participar en un tratamiento, en el que no estuvieran medianamente convencidas de necesitar. En esos casos lo que se procedió a hacer, fue ir avanzando en la ficha de identificación, evaluar el riesgo con base a las preguntas integradas en el formato de la entrevista, aunque más sutilmente en relación a las que

estaban más conscientes del maltrato, para evitar una reacción de negación y rechazo al tratamiento. Si, aun así, no se percataban y aceptaban estar en una relación de este tipo, se procedía a presentarles una lista de cotejo con algunas de las acciones comunes del abusador (ver Anexo B, Signos del abusador), para que ellas marcaran cuáles de esas acciones realizaba su pareja, y se percataran de que su pareja era un maltratador, y ellas las víctimas de ello.

A partir de que las mujeres identificaban estas acciones contra ellas por parte de su pareja, se continuaba informando sobre las relaciones violentas en cuanto: al ciclo de la violencia y los efectos en las personas que lo padecen directamente o lo atestiguan; lo cual resultaba psicoeducativo y se comenzaba simultáneamente con esta parte del plan de tratamiento, Psicoeducación (que se describe en la Fase II), hasta que la mujer se diera cuenta de la relación de violencia que vivía, y estaba en condiciones de ser invitada a participar en el tratamiento propuesto para el estudio. Esto podía tardar hasta tres sesiones. Por lo tanto, se comenzó a audiógrabar las sesiones hasta el momento en el que firmaran el consentimiento informado.

Enseguida se proseguía con la entrevista de evaluación, *Entrevista para mujeres maltratadas por la pareja* (ver Anexo A) que tomaba tres sesiones aproximadamente, aunque si se daba inicio a la psicoeducación, esta podía prolongarse hasta 5 sesiones. Durante el período de entrevista, los terapeutas hacían el examen estado mental de la paciente, para después comprobar la lista de cotejo diseñada para ello (ver Anexo A).

En el transcurso de las sesiones de evaluación, se le pidió a cada participante, como una tarea para realizar en casa, que escribieran su historia de vida. La consigna fue, que describieran tantos aspectos de su vida como recordaran, comenzando por la infancia, haciendo un recorrido cronológico hasta la fecha, con el fin de completar información que pudiera ser valiosa para la evaluación.

Una vez concluida la evaluación se dedicó una sesión a la devolución de resultados y establecer en conjunto, terapeuta-participante, si había metas personales además de las establecidas en el plan de tratamiento. Lo cual quiere decir que, además de darle a conocer a la participante las metas estipuladas en el plan de tratamiento, se añadieron las de interés personal.

En resumen, la fase de evaluación consistió en cumplimentar la ficha de identificación, hacer un encuadre del proyecto, la firma del consentimiento informado, solicitud de una historia de vida a la participante y la realización de una entrevista a profundidad. A través de esta entrevista, se obtuvo la información sobre los siguientes aspectos: el riesgo de violencia, antecedentes de la violencia y las parejas de quien la ha sufrido, redes de apoyo, recursos personales, constitución de la familia, conducta adictiva, riesgo de suicidio, y el estado actual de salud. A partir de las observaciones durante la aplicación del instrumento de entrevista, se completaba la lista de cotejo del examen del estado mental.

Esta fase finaliza dando pauta para continuar propiamente con el tratamiento.

#### **6.04.4.2 Fase de tratamiento.**

El estudio, como ya se ha mencionado, se llevó a cabo en tres períodos. Conforme avanzó su ejecución se incorporaron algunos cambios al contenido del tratamiento, de acuerdo a las observaciones hechas durante las sesiones de supervisión clínica, pero especialmente, adaptaciones para cada caso. No obstante, mantuvo su diseño original que contempló como metas los factores protectores necesarios: la *psicoeducación*, elevar *autoestima*, la reestructuración de los *límites personales*, la *identificación de sensaciones y emociones*, *comunicación asertiva* y *toma de decisiones*.

#### **6.04.4.2.1 Metas TBH. Factores protectores.**

##### *Psicoeducación.*

La intervención está planteada como prevención terciaria, y, por lo tanto, es importante, dar inicio con psicoeducación. La psicoeducación consiste en dotar al paciente de información que le ayude a comprender su trastorno o síntoma, y, como consecuencia, convirtiendo al paciente en una parte proactiva de su tratamiento (Colom, 2011).

Este tipo de intervención nació en el ámbito psicológico clínico y psiquiátrico, donde el enfoque médico empezó a cambiar el estilo de autoridad por uno de confianza. La psicoeducación se ha ido investigando como método de intervención, y más que solo informar, busca modificar conductas del paciente que le permitan adaptarse a su trastorno o síntoma mediante cambios en su estilo de vida, en sus pensamientos acerca del mismo, en la adhesión al tratamiento y en la prevención de recaídas (Colom, 2011).

Farkas, Hernández, y Santelices (2010) proponen que la intervención psicoeducativa es un proceso de enseñanza-aprendizaje, para informarse y formarse, que logra en la persona un aprendizaje, mediante el cual podría cambiar su manera de pensar y sentir.

Se ha logrado comprobar la efectividad de la psicoeducación de diversos padecimientos, como trastorno bipolar (Colom, 2011), en mujeres embarazadas (Farkas et al., 2010), en familias de personas que padecen dependencia alcohólica (Martínez-González, Albein-Urios, Munera, y Verdejo-García, 2012) y en mujeres con sintomatología depresiva de moderada a grave (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón, y Rubí (2003).

Para el caso del tratamiento a mujeres maltratadas por la pareja, es necesario brindarles información clara y oportuna. Primero, sobre las características de este fenómeno, que lo puedan identificar en su propia

situación, ya que muchas mujeres lo han normalizado (Lorente, 2001), y con frecuencia creen que están exagerando, o que su situación no merece atención. Esta descripción les permite tomar consciencia de los hechos, con posible efecto terapéutico subsecuente, pero también doloroso, incluso de negación. Segundo, acerca de los recursos en la comunidad que están disponibles en caso de que los requiera.

En las guías de prevención de la violencia contra la mujer, está destinado un capítulo para la psicoeducación (Instituto Canario de la Mujer, 2009; OPS, 2010; Secretaría de Salud -NOM-046-SSA2-2005).

#### *Autoestima.*

Hay múltiples conceptualizaciones sobre lo que es la autoestima, y todos se centran alrededor de las mismas premisas: el conocimiento, la aceptación, autovaloración, y el amor hacia uno mismo, para buscar la mejora, crecimiento y desarrollo personal (Acosta y Hernández, 2004). Según Montoya y Sol (2001), la autoestima puede ser alta o baja, teniendo una orientación positiva o negativa según el estado en el que estemos, proponiendo como ideal que la autoestima sea “alta”.

Evitando una variable dicotómica, en la presente tesis se estableció una escala que va de muy baja, menos baja, algo fortalecida y alta autoestima. Considerando esta última como óptima, ya que “muy alta” llevaría a las participantes a un nivel de narcisismo y autoritarismo.

Una autoestima alta nos llevará a un camino de desarrollo, y mejor afrontamiento de las vicisitudes de la vida, e influye en que persista una alta autoestima. Por el contrario, una autoestima baja, lleva a la persona a situaciones que el perpetúan, y expone a la persona a situaciones negativas (Acosta y Hernández, 2004; Montoya y Sol, 2001). Los estudios de estos autores sugieren que la aceptación de uno mismo, la conciencia y deseo de cambiar, son los pasos primordiales para comenzar a elevar la autoestima.

De igual forma, se ha visto que la autoestima parece influenciar en las reacciones de las personas para juzgar los resultados de su actuación. Así, personas con una alta autoestima hacen más atribuciones de autocomplacencia por los resultados de su actuación (Blaine y Crocker, 1993) y sufren menos estrés emocional cuando fallan que las personas con baja autoestima (Brown y Dutton, 1995).

López y Domínguez (1993) mencionan que en la práctica clínica los motivos de consulta asociados a la baja autoestima, por parte de mujeres, suelen ser el maltrato físico y conflictos en las relaciones de pareja, en los cuales, se detecta dependencia y sumisión por parte de la mujer, dificultades en la educación de los hijos, drogadicción, temor al abandono, sentimientos de soledad, entre otros síntomas, que resultan en una inestabilidad de la mujer y de su familia.

Otros estudios (Cascardi y O'Leary, 1992; Clements, Sabourin, y Spiby, 2004; Fernández, 2004, 2006; Matud, 2004b; Orava, McLeod, y Sharpe, 1996; Shir, 1999; Yount y Li Li, 2010) consistentemente, han encontrado una baja autoestima en mujeres víctimas de violencia ejercida por su pareja. De esta manera, es de suponer que, si una mujer vive en un entorno de maltrato, su autoestima será baja, y la seguirá direccionando a actuar de una manera en que continúe viviendo la condición de maltrato. Lo que se convierte en un factor de riesgo.

Fernández (2004) encontró que las mujeres maltratadas reportan haberse sentido poco estimadas por sus familias de origen, ocasionando un patrón de baja autoestima desde antes de vivir una relación violenta, lo que continúa reproduciendo el patrón, al reportar baja autoestima como madres.

Por todo ello, es necesario elevar la autoestima para que funcione como motor que genere la autoprotección, de tal forma que validen este factor protector.

*Emociones y sensaciones.*

Las emociones influyen en casi todos los modos de comunicación humana: expresiones, gestos, posturas, tono de voz, elección de palabras, respiración, etc. Por lo tanto, se puede deducir que las emociones cambian el mensaje que el emisor quiere transmitir (Diego, Serrano, Conde, y Cabello, 2006). Esto adquiere mucho significado en las relaciones entre hombres y mujeres, porque hay una concepción de género que sugiere que las mujeres expresan “emociones no poderosas”, como culpa, tristeza o miedo, pero los hombres expresan “emociones poderosas”, como serían la furia o el desprecio. Esto representa un bloqueo para la toma de decisiones por parte de la mujer, de la cual se espera que adopte un papel emocional en vez de uno racional. También afecta al hombre pues, aunque se espera que sea racional, también se espera que manifieste emociones agresivas como sería el enojo o ira (Valor-Segura, Expósito, y Moya, 2010). En esta estereotipia del sentir emocional de la mujer, es posible que no se permitan expresar furia o enojo porque “así no se expresa una mujer”. No obstante, estos demuestran que la mujer siente, tanto emociones “poderosas”, como emociones “no poderosas” en mayor intensidad que el hombre. Estos hallazgos avalan la percepción que se tiene de la mujer como más intensamente emocional que el hombre. En su conclusión, las autoras postulan la hipótesis de que, a pesar de que la mujer “siente más”, la característica de reconducir o controlar la ira está sumamente interiorizada. La aceptación y expresión asertiva de estas emociones se convierte así, en un buen objetivo terapéutico en mujeres que sufren de maltrato, pues las llevaría de la emoción, a la reflexión y a la toma de decisiones.

La incorrecta expresión de las emociones se relaciona con malestar general, con sintomatología de ansiedad, depresión y alteraciones somatomorfias (Cerezo, Ortiz-Tallo, y Cardenal, 2009). En un estudio se

implementó la expresión de emociones con mujeres con rasgos esquizoides, evitativos, depresivos y dependientes, para la expresión y regulación emocional, resultó en una mejora en la expresión de emociones y bienestar personal (Cerezo et al., 2009).

La intensidad de la violencia física, psicológica y sexual que sufre una mujer influye en el nivel de estresores adicionales al maltrato que colocan en riesgo la salud mental de aquellas que la padecen (Patrón-Hernández, Corbalán-Berná, y Limiñana, 2007; Ruiz-Pérez y Plazaola-Castaño, 2005). Particularmente, aumenta el riesgo de un diagnóstico de depresión y ansiedad (Campbell, 2002; Golding, 1999) que, a su vez, conlleva a una menor percepción del apoyo social (Patrón-Hernández et al., 2007).

Con base a lo anterior, el tratamiento propuesto en la presente tesis, plantea que las participantes al identificar y renovar las emociones positivas a través de la TBH, puedan revertir en alguna medida el daño en su salud mental por el maltrato que han recibido por parte de la pareja, considerando la asociación de estas en el bienestar general (Vecina, 2006), reflejado en la reducción de síntomas de emociones negativas.

#### *Límites personales.*

Límites personales es un término desarrollado por Minuchin (1979) al crear su acercamiento terapéutico familiar, y su teoría sobre la estructura de la familia. Minuchin sostiene que individuos, subsistemas y familias completas están definidos por límites interpersonales jerárquicos, que regulan el contacto entre ellos.

Los clasificó en tres tipos. Límites rígidos, los cuales son restrictivos y permiten poco contacto con sistemas del exterior, con resultado de alejamiento entre sus miembros. De este modo, los individuos o sistemas con límites rígidos son más independientes, pero más distanciados. El aspecto positivo es que promueve la autonomía, sin embargo, limita la

afectividad y el apoyo necesarios. Los límites difusos, por otro lado, promueven la fusión del sistema, crean una red de apoyo, y cercanía, pero el costo es ceder la independencia. Con este tipo de límites se corre el riesgo de generar dependencia entre los miembros del sistema. Cualquiera de estos dos tipos de límites representa una posibilidad para disfuncionalidad, y, por lo tanto, un objetivo terapéutico (Minuchin, 1979; Nichols y Schwartz, 2004).

El tercer tipo, implica a familias que tienen la capacidad de establecer límites sanos, flexibles, y es algo sumamente ligado a la autoestima y una actitud asertiva, pues habla de mantener el papel que uno tiene en la familia. Así, una madre no debe resolver sistemáticamente las disputas entre sus hijos, puesto que esto les evita aprender a solucionar sus propios problemas. Otro ejemplo, es que uno de los padres utilice al hijo para culpar a la pareja. Este tipo de conductas y solución de los conflictos resulta en estructuras disfuncionales que causan problemas en las familias, y las familias donde hay violencia no son la excepción.

En las mujeres maltratadas se observan más el tipo de límites difusos. Los límites personales son una línea que nos diferencia del otro. Comenzando por el límite físico que constituye el órgano más grande de nuestro cuerpo, la piel (Robles, 1990). Pero también están los límites emocionales, y los límites normativos. Los primeros, se refieren a la manera en que nos sentimos con la cercanía de otro. Hasta dónde permitimos la cercanía de otra persona, tanto a nivel espacial, donde nos sentimos seguros, pero, también hasta donde otra persona puede o no llegar afectivamente, en cómo se dirige a una misma, en cómo expresa sus emociones y cuáles (Katherine, 1999).

Los límites normativos se refieren a lo que está permitido o no, dentro de un sistema que puede ser el sistema individual, con las normas que nos dictamos y condicionan nuestro comportamiento, o en el sistema familiar, donde hay normas implícitas y explícitas. Es de suponerse que las

normas explícitas hay menos posibilidades de error. No obstante, si la comunicación no es clara, se dificulta; y con las normas implícitas, puede haber confusión, porque no se da la respuesta que se espera. Por ejemplo, en una pareja donde el acuerdo es que ella prepare los alimentos, los prepara con todo esmero y espera que la respuesta de él sea de aceptación, reconocimiento, incluso un halago por ello. Pero, para su sorpresa, la pareja la critica, y la insulta por no saber cómo preparar la comida como a él le gusta (Katherine, 1999). Lo que ejemplifica los límites difusos que indica Minuchin (1979).

Dada la tendencia de las mujeres maltratadas por la pareja por permitir la transgresión, se considera necesario el establecimiento de límites claros y flexibles, como meta de tratamiento. Lo que puede convertirse en un factor protector determinante para detener la violencia, cuando la mujer no condescienda a la transgresión.

#### *Toma de decisiones.*

Fiore y Thomas (200) mencionan que el quedarse o irse es la decisión más difícil para una mujer que sufre de maltrato. Estos autores, encontraron, que los síntomas postraumáticos eran menores en aquellas mujeres que habían decidido dejar a la pareja violenta. Muchas de estas mujeres, hacen intentos de dejarlo de una a tres veces para luego volver con ellos, y solo algunas de ellas logran dejarlo en definitiva (Dutton y Painter, 1981, 1993). Además de la dependencia económica que complica más la decisión (Strube y Barbour, 1983, 1984).

También se ha visto en estas mujeres una fuerte tendencia a esperar a que sea él quien tenga la iniciativa para resolver las cosas, incluso cuando ellas consideren que no es lo apropiado para el problema en cuestión, debido a la dependencia emocional (Dutton y Painter, 1981, 1993). O bien, suele suceder que cuando toman una decisión, no la mantienen, se dejan

convencer por la pareja u otros, de desistir, y para complacerlos renuncian a la decisión tomada. Esto es debido a la inseguridad y temores acumulados a equivocarse (Brown y Dutton, 1995), o a ser nuevamente, descalificada o castigada.

La toma de decisiones está directamente ligado al modelo de solución de problemas sociales propuesto por D'Zurilla y Goldfried (1971), actualmente llamada Terapia de Solución de Problemas (A., Nezu, Nezu, y D' Zurilla, 2013). Solución de problemas sociales se refiere básicamente al proceso de resolver un problema mientras ocurre en el ambiente natural, sea el problema de naturaleza interpersonal, intrapersonal o impersonal. Las cinco principales fases del modelo de D'zurilla y Goldfried (1971) son: (1) orientación al problema (por ejemplo, combatiendo creencias negativas acerca de ellas mismas o de sus habilidades), (2) definir y reformular el problema, (3) generar alternativas de solución, (4) evaluar y toma de decisiones entre las posibles alternativas, y (5) verificación o implementación de la solución o combinación de soluciones (alternativas) elegida.

Solución de problemas se define como el proceso cognitivo y conductual por el que pasa una persona al resolver el problema; al ser diferente para cada persona, este proceso podría resultar con múltiples soluciones para un solo problema, y la posibilidad de elegir una solución más efectiva. La solución racional es considerada como la más efectiva. Las soluciones menos efectivas son las asumidas por impulsividad y/o evasión.

Este proceso se ve influenciado por la disposición de la persona a evaluar el problema, creer que puede resolverlo, donde entra en juego el factor emocional de la persona, y junto con esto, la autoestima.

Chang, D'Zurilla, y Sanna (2004), encontraron en un estudio con una población de mediana edad, que el estrés y la solución de problemas están correlacionados con el bienestar psicológico. Los resultados de este estudio podrían representar implicaciones importantes para las intervenciones

clínicas y preventivas, que tienen el objetivo de mejorar el bienestar psicológico en adultos de edad media.

El enfoque de la terapia breve centrada en soluciones (De Shazer, 1997) asume que las personas bajo tratamiento psicoterapéutico ya cuentan con las soluciones a sus problemas, y en todo caso, el trabajo consiste en ayudarles a descubrir tales soluciones, mediante estrategias como “la pregunta del milagro”, preguntas de escalamiento, o de cómo manejan un problema, y preguntas en “búsqueda de excepciones”.

En el tratamiento de la TBH propuesto en esta tesis, se incluyó la toma de decisiones desde ambas perspectivas. Por un lado, dar la instrucción de la solución de problemas (D’Zunilla y Goldfried, 1971), con el fin de que aprendieran cómo se resuelve típicamente un problema, y con ello pudieran atender cualquier situación que se les fuera presentando, considerando de antemano que las emociones y valores de las participantes priman por encima de la solución. Y para fortalecer esta premisa, se les guiaba en la búsqueda de excepciones (De Shazer, 1997) para que distinguieran lo que sí les había funcionado anteriormente, y lo pudieran poner en práctica con más seguridad, en caso de ser una alternativa positiva de empoderamiento; o, en caso de ser alternativas negativas de sumisión, aun cuando les hubieran podido “funcionar”, se percataran de que eso no las había conducido a su bienestar.

#### *Comunicación asertiva.*

Castanyer (2010) define la asertividad, como la capacidad de autoafirmar los propios derechos sin dejarse manipular ni manipular a los demás. La autora asocia directamente la asertividad con la autoestima, mencionando que una persona asertiva se respeta y respeta a la otra persona al comunicarse con ella, sin devaluarse o devaluando al otro o buscar sobresalir. Así mismo indica que algunas personas han percibido la

asertividad como una herramienta para “ganar siempre”. Lo cual es erróneo. Principalmente, hay tres maneras de responder: asertiva, pasiva o, agresiva.

Para Capafons (1988c) la aserción no es un valor positivo en sí mismo, sino una constelación de creencias, actitudes y habilidades flexibles que deben adaptarse a cada persona y sus circunstancias.

Los primeros estudios acerca de la conducta asertiva datan de la década de los años 40´s, del S. XX. Salter (1949) introdujo el término de personalidad excitatoria, y más adelante Wolpe (1958) desarrolla el término de asertividad. Lazarus (1966) lo establece como comportamiento asertivo y crea programas de entrenamiento para reducir la ansiedad. En los 70´s surge un marcado interés por proporcionar este tipo de entrenamiento a mujeres, ya que se consideraba el comportamiento asertivo como una característica masculina, lo cual está ligado a los estereotipos de género. Sin embargo, las investigaciones tienen resultados contradictorios en donde los hombres han resultado menos asertivos que las mujeres (Flores y Díaz-Loving, 2002, 2004).

La comunicación asertiva implica un emisor y un receptor, entre los cuales debe haber respeto mutuo en la emisión de las opiniones, emociones, sentimientos y deseos, donde el componente ético sea la base de los derechos humanos y de la dignidad de la persona a la hora de comunicarse asertivamente, actuando de manera responsable (Capafons, 1988c).

León, Rodríguez, Ferrel, y Ceballos (2009) apoyan la relación entre el asertividad y la autoestima, encontraron una relación positiva entre autoestima y asertividad, aunque esto mismo puede encontrarse en personas con comportamientos agresivos, y de ahí la importancia del conjunto de creencias basado en los derechos humanos que propone Capafons (1988c).

Da Dalt y Difabio (2002) proponen que la capacidad de ser asertivo es algo que se aprende desde la infancia, y depende de que los padres lo ejerciten frecuentemente en actitudes positivas y adecuadas durante el contacto social, en donde transmiten habilidades asertivas. En el caso de las mujeres maltratadas, frecuentemente carecen de estas demostraciones de actitudes positivas.

Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno, y Garrosa (2006) encontraron que la asertividad mediaba en la manera en la que el acoso psicológico afectaba en la salud, teniendo un efecto “amortiguador”.

Por todo ello, se considera valioso la adquisición de la habilidad de comunicarse asertivamente por parte de las mujeres maltratadas, ya que, resultaría una herramienta útil para aminorar los daños causados por el maltrato y para salir, por ende, del riesgo de este tipo de eventos violentos. No obstante, debe ayudarse a la mujer maltratada a discernir bajo qué circunstancias no debe mostrarse asertiva con el maltratador, pues la respuesta asertiva, al contrario que las habilidades sociales, no lleva implícito el concepto de eficiencia, es decir, conseguir el objetivo, y puede, y suele acarrear consecuencias negativas cuando se emite en contextos inapropiados (Capafons, 1988c), particularmente cuando la mujer desea exponer sus derechos, mostrándose asertiva, socialmente puede ser percibida como masculina o agresiva (Goldstein-Fodor y Epstein, 1983) y se coloca en una posición más vulnerable frente a su pareja (ENDIREH, 2003 y 2006).

#### **6.04.4.2.2 Plan de tratamiento de la TBH.**

Como ya se ha mencionado, en la mayor parte de los casos (N=7), el tratamiento se inició simultáneamente a la entrevista de evaluación, específicamente con psicoeducación, debido a la imperiosa necesidad de

evaluar el riesgo, orientar en las posibles alternativas de solución a su situación, etc.

En la Tabla 10 se presenta el Plan de Tratamiento de la TBH. Y, a continuación, se describe el plan de tratamiento de la TBH sesión por sesión a través de cada una de las metas.

Tabla 10

*Plan de tratamiento de la terapia breve hipnótica*

Metas	Objetivo	Número de Sesiones
Psicoeducación	Que la participante adquiera conocimientos sobre la violencia de pareja, tales como: los tipos de violencia, el ciclo de violencia, el círculo de poder, consecuencias en ella, y la familia, así como, el responsable de ello. Estructurar un plan de seguridad e identificar las redes sociales de apoyo. Que reciba orientación respecto a sus posibilidades frente al maltrato por la pareja, y acompañamiento en transcurso de procesos legales.	1, 2 y 3
Autoestima	Que la participante eleve su autoestima, entendido como el reconocimiento y valoración de cualidades y capacidades, así como la aceptación de sus defectos o limitaciones.	4, 5 y 6
Identificación de emociones y sensaciones	Que la participante reconozca las emociones, que identifique qué efectos le generan en el cuerpo y aprenda a manejarlas. Emociones tales como: miedo, tensión, ansiedad, depresión, ira, frustración, agresividad, alegría y satisfacción, etc.	7, 8, 9,
Límites personales	Que la participante reestructure sus límites personales diferenciando hasta dónde llegan sus derechos y los de los demás, a través del fortalecimiento de su autonomía, la renovación y creación de nuevos recursos personales y distinguir diferentes papeles que juega en su vida, que incluye su papel de agresora.	10, 11, 12
Toma de decisiones	Que la participante identifique el problema, lo defina, genere soluciones alternativas, tome decisiones y verifique la solución escogida.	13 y 14
Comunicación asertiva	Que la participante adquiera estrategias de comunicación asertiva, honesta y apropiada al momento.	15 y 16

**Meta: Psicoeducación.**

El objetivo de esta meta es que la participante conozca e identifique, los diferentes aspectos de la violencia en la pareja, y los aplique a su propia situación, (ver Tabla 11).

Tabla 11

*Contenido de la Meta de Psicoeducación*

Tema	Desarrollo de la sesión	Materiales	Sesión
Tipos de violencia, sus consecuencias, el responsable de ello, el círculo del poder y las relaciones equitativas.	Mostrar a la participante los tipos de violencia a través del círculo del poder. Signos del abusador. Plantear el círculo de relaciones equitativas y saludables.	Esquema del Círculo del poder. Esquema de las relaciones equitativas y saludables.	1
Ciclo de la violencia	Se explica el ciclo de la violencia. Se asemeja metafóricamente el ciclo de la violencia con el de la tormenta.	Esquema del ciclo de la violencia, representado con la metáfora de la tormenta. Esquema de las relaciones saludables y equitativas.	2
Plan de seguridad y Red de apoyo	Presentar la necesidad de estar preparada para cuando viene la fase de agresión (tormenta) con un plan de seguridad. Planteamiento de las redes de apoyo, personales y comunitarias.	Esquema del ciclo de la violencia representado con el ciclo de una tormenta. Lista de cosas necesarias para preparar el plan de seguridad. Lista de servicios de la comunidad donde puede recurrir.	3

*Descripción sesión 1. Psicoeducación: tipos de violencia, sus consecuencias y responsable de la misma.*

En esta primera sesión se abordan los diferentes tipos de violencia, en donde se utiliza el círculo del poder; las consecuencias de cada uno de los tipos de violencia, tanto en ella como en la familia; y de qué manera afectan estas consecuencias a su bienestar emocional y físico.

Se da inicio, entonces, con ejemplos de los cuatro tipos de violencia en la pareja: psicológica, sexual, física y económica; se le muestra el círculo del poder exhortándola a identificar cuál(es) tipo(s) de violencia ha sufrido, cómo fueron los eventos y cuáles son las consecuencias que percibe, tanto en ella misma, como en el resto de la familia. Se pueden agregar otras consecuencias que ella ha mencionado durante la entrevista, o bien, otras comunes en la violencia contra la mujer por la pareja. Se mantiene una escucha activa e interacción pausada, para dar tiempo a que la participante pueda hablar, y articular sus ideas, recuerdos, así como expresar sus sentimientos, lo cuales se validan a través de una actitud de aceptación, sin reproches o juicios. Se le habla de la responsabilidad del agresor del daño causado, y se enfatiza el poder y control que este ejerce constantemente sobre ella, a partir de lo cual se espera reducir los sentimientos de culpa, y evitar con ello su tendencia a minimizar el abuso. Esto como una primera aproximación para la comprensión de este fenómeno psicosocial, y cómo se fue involucrando en ello.

Se introduce la metáfora de la “Balanza” para hablar del círculo del poder versus relaciones equilibradas (ver Anexo B, figura B2 Círculo de poder, y Figura B3 Círculo de Equidad), en donde se le sugiere a la participante, imaginar el desequilibrio generado en el círculo del poder y focalizar su atención en qué cosas le hacen falta a ese círculo para poderse convertir en un círculo equilibrado, círculo de relaciones saludables, equitativas, en donde quedaran representados los elementos que debía contener este tipo de relación más equitativa.

Una vez que los identifica se le presenta el círculo de las relaciones saludables y equitativas, resaltar las posibilidades de un tipo de relación sin uso de violencia, y ellas se abran a esta posibilidad, la posibilidad de aprender algunas habilidades para establecer relaciones saludables en su vida, con quiera que deseen compartirla.

*Descripción sesión 2. Psicoeducación: ciclo de la violencia.*

La segunda sesión tiene como propósito que la participante conozca cómo se da el ciclo de violencia e identifique cómo se presenta este en su relación de pareja, y así, amplíe el entendimiento del fenómeno de la violencia en la pareja.

Para trabajar sobre el ciclo de la violencia se utilizó típicamente la metáfora de la tormenta, en la que se asemeja el ciclo de la violencia en la fase de tensión a la acumulación de nubes. Se hace la misma similitud: en que la llegada de la violencia se manifiesta “como” la caída de la tormenta y se prosigue con la fase de reconciliación donde después de la tormenta viene la calma. Él/la terapeuta presentaba un esquema de la metáfora, y la participante podía fácilmente identificar cómo era este ciclo en su caso particular, y hablar de ello, para luego continuar trabajando sobre las medidas de prevención, preguntando: ¿qué se puede hacer si ve venir la tormenta? Lo que da pie a elaborar un plan de seguridad (ver en el Anexo B, Figura B1 Ciclo de la Violencia).

Antes de elaborar un plan de seguridad, se hace un puente para explicar el ciclo de la violencia, alentando a la participante a que hable acerca de cómo es el ciclo en su relación, identifique claramente cada una de las fases de tensión, violencia o agresión y la reconciliación o, también nombrada incongruentemente, “luna de miel”. En caso de haber tenido más de una pareja, hacer la revisión del ciclo con sus diferentes parejas. Es importante aclarar que no todas las parejas presentan este ciclo, pues en algunas ocasiones el maltrato es constante, por lo que resulta casi imperceptible la fase de tensión y no se observan momentos de reconciliación, en las que él se arrepienta y pida perdón, sino que se trata de un estado de agresión continua.

En todo momento en el transcurso de la sesión, se hace alusión a la semejanza del ciclo de la violencia a la metáfora de la tormenta para

fomentar que surja la necesidad de hacer algo cuando viene la tormenta. Un ejemplo de cómo presentarlo es el siguiente:

*Metáfora de la tormenta.*

Lo que sucede con el ciclo de la violencia es lo que sucede a veces con el clima, hay veces que tenemos días soleados, preciosos y que se disfrutan tanto..., esto equivaldría a cuando las cosas en pareja están bien, que se llevan bien, se hablan, bromean, y luego de pronto se viene acumulando la tensión, se van acumulando las nubes, se van cargando, juntándose las cosas y se va acumulando esta tensión, las nubes se van llenando de agua, esta tensión puede ser cuando él se enoja por una razón (o sin ella), comienza a culpar a los demás, a mostrar cada vez más su molestia, particularmente contra ti, como las nubes que se han ido juntando y de pronto hay algún detonante, hay algo que hace que el clima de plano se ponga feo. Entonces sí, toda esa tensión que se fue acumulando, explota, truena, relampaguea, uno escucha los truenos, ve los rayos, escucha la lluvia, y es como sucede en tu relación de pareja... desencadenan en ofensas, desentendimiento, pleitos, llegan los empujones, golpes y otros tipos de agresiones [aquí es conveniente mencionar las agresiones típicas de las que la participante ha sido víctima, con el propósito de evitar distraer su atención en pensamientos como "...eso no me pasa a mí... él solo..."; "...él nunca me ha golpeado..."]. Y así como el clima, después se despeja... después vienen las promesas, o decir que no volverá a suceder...; quizás, tú me puedas decir algún ejemplo en el que veas este ciclo...

Después, se retoma la metáfora, con preguntas tales como: ¿cómo te das cuenta cuando va a llover o cuando va a caer una tormenta? Y, ¿qué haces

tú una vez que sabes que va a llover o que va a caer una tormenta? Se sugiere recordar e imaginar alguna de las veces en las que le tocó una lluvia, y después preguntar por su vivencia en una tormenta. Se le pide que describa cómo fue esa experiencia, indagando si había tomado medidas antes de salir a la calle, o si tuvo consecuencias en su vivienda, etc.; se le exhorta a imaginar las cosas que se pueden hacer antes, durante y después de una lluvia, o de una tormenta, agotando cada una de estas alternativas de cada momento, y las ponga en práctica en su imaginación para que observe cuáles son los resultados de la misma. Es decir, si dice, por ejemplo, llevarse un paraguas, lo que sería una precaución antes de salir de su casa, se le pide que se observe así misma en la situación llevando un paraguas, y cuando viene la lluvia observe si le fue de utilidad o no. Si la respuesta, es que sí, se continúa indagando sobre los detalles de la lluvia, cómo se siente ella al estar protegida, hasta agotar todas las posibilidades, antes, durante y después de la lluvia.

Enseguida se continúa llevándola a una tormenta en la que no se enteró que venía, se le pregunta sobre cuáles fueron las consecuencias, y se le invita a incorporar a su imagen, alternativas de solución que le permitan protegerse. También se le indica que observe, para que haga la distinción, si se trata de una lluvia leve, una lluvia fuerte o una verdadera tormenta; se sugiere tomar las medidas necesarias, según sea la intensidad de la lluvia, con el fin de propiciar una asociación entre las medidas tomadas, y la intensidad y frecuencia del evento de violencia. Sin embargo, hay que ser muy observadores en las reacciones y actitudes de la participante al plantearlo, puesto que una mujer en situación de violencia puede tomar una decisión importante como solicitar el divorcio o abandonar el hogar ante la más mínima señal de violencia, “lluvia leve”, especialmente, si se trata de un estímulo detonador que la impulsa a no tolerar más. O, por el contrario, va a haber mujeres quienes prefieren mantenerse en esa situación, aun cuando se traten de situaciones de agresión muy intensas.

Debido a que la asociación de la intensidad de la lluvia-tormenta, que se ha utilizado metafóricamente, con la intensidad de la violencia, es relativa y muy personal, solo ella puede asumir una respuesta correcta ante ello. La función del terapeuta, en este sentido, es inducir que ella advierta cuándo está en peligro, y aprecie sus propias decisiones en función de sus necesidades de autoprotección. Por ello, se le sugiere identificar cómo se siente en cada una de las situaciones y elegir en la que se sienta más protegida y segura para mantenerse ahí, aprendiendo todo lo que tenga que aprender o reaprender.

Una vez fuera de la hipnosis se puede hablar de cómo relaciona sus observaciones en la lluvia y en la tormenta con lo que ha estado viviendo cuando se presenta una situación de violencia.

Para cerrar la sesión, se le plantea la necesidad de estar preparada ante diferentes situaciones, y especialmente cuando se da la fase de tensión pues se sabe que ya está por llegar la de agresión.

*Descripción sesión 3. Psicoeducación: plan de seguridad y red de apoyo.*

El propósito de esta sesión es que la participante elabore su propio plan de seguridad.

Se retoma el ciclo de la violencia con el esquema, realzando la necesidad de hacer algo cuando viene una tormenta. Al momento de ser enteramente captada la necesidad de estar preparada, el siguiente paso es instruirla en elaborar su plan de seguridad. Para ello se plantean diferentes alternativas de solución que otras mujeres en sus circunstancias han tomado para auto protegerse, como: el aseguramiento de albergue de emergencia, utilización de hospitalización en caso de amenaza de violencia, así como, tener la posibilidad de hablar con otras mujeres maltratadas por

su pareja, en un grupo de apoyo. Ante todo, es de suma importancia que ellas aprendan a salir de la situación de violencia y auto protegerse.

El plan de seguridad se compone de cuatro pasos. El primero, es tener arreglada una maleta con ropa de cambio para ella y los/as hijos/as, junto con un expediente con los documentos necesarios. Para ello, se le proporciona una lista de cotejo, de tales documentos y cosas que pudiera necesitar en un momento de emergencia (ver Anexo B, Lista de documentos en caso de emergencia), donde ella marca conforme las prepara.

El segundo, es detectar sus redes de apoyo, para lo cual se le pide escriba una lista de personas, ya sean familiares y/o amistades de su confianza a las que pueda recurrir en esos casos, y de los centros, si conoce alguno, dedicados a atender este tipo de demandas por violencia. Se le hace la distinción de los tipos de redes de apoyo, de acuerdo a las personas e instituciones que las componen: familiar, social e institucional.

El tercer paso, es repasar todos los centros existentes en la comunidad, a los que puede recurrir, tanto para asesoría legal, como psicológica, y cuáles de estos ofrecen sitios de acogida, proporcionándole un directorio de ellos, con las direcciones y teléfonos (ver Anexo D) Directorio de organizaciones que atienden a la violencia contra la Mujer).

El cuarto, y último paso, es formular una frase clave con la cual poder identificarse al llamar a alguna de las personas de su red de apoyo, para poder avisarle que está saliendo de su casa y que la espere, o informar a dónde va a ir, al tomar su mejor opción en ese momento, dependiendo de los tipos de violencia que sufre por parte de su pareja.

Se concluye la sesión.

**Meta: Autoestima.**

Objetivo: Que la participante eleve su autoestima al reconocer y valorar sus cualidades y capacidades, así como la aceptación de sus defectos o limitaciones.

En la Tabla 12 se presenta el contenido de cada sesión acerca de autoestima.

Tabla 12

*Contenido de la Meta de Autoestima*

Tema	Actividad	Materiales	Sesión
¿Qué es la autoestima? ¿Cuáles son mis derechos básicos como persona?	Elaborar una lista de cualidades.  Establecer cuáles son los derechos básicos de toda persona.  Lectura de un cuento.	Lápiz y papel Cuentos: El valor del anillo, o Cómo crecer.	4
Aprendo a quererme, respetarme, a valorar quien soy, aceptar mis defectos, aceptar y perdonar mis errores, reconocer mis necesidades.	Sugestión hipnótica: Autoestima.	Sugestión hipnótica para elevar autoestima.	5
Cualidades y recursos personales.	Sugestión para la exaltación de cualidades y la recuperación de recursos personales.	2a Sugestión hipnótica para elevar autoestima.  Cuento: El elefante encadenado.	6

*Descripción sesión 4. Autoestima: ¿Qué es la autoestima? ¿Cuáles son mis derechos básicos como persona?*

Se comienza por preguntar a la participante: ¿qué es la autoestima? A partir de su respuesta se confirma y se extiende la definición de autoestima. La autoestima es una valoración subjetiva, el valor que uno mismo se otorga como ser humano. También se habla de los derechos que como personas

nos son conferidos, como se presentan a continuación (Matud, Padilla, y Gutiérrez, 2005):

*Derechos Básicos de toda persona.*

- Ser tú misma.
- Pensar primero en ti.
- Tener seguridad.
- Amar y ser amada.
- Ser tratada con respeto y dignidad.
- Equivocarse o cambiar de opinión, de la forma de hacer las cosas.
- Ser humana, no perfecta.
- Tener tu propia intimidad.
- Tener tus propias opiniones, expresarlas y que sean tomadas seriamente.
- Ganar y a controlar, tu propio dinero.
- Decir No.
- Rechazar peticiones sin sentirte culpable o egoísta.
- No sentirte responsable de los problemas de los/as demás.
- Tomarte tu tiempo y pensar antes de actuar.
- Tomar tus propias decisiones en las cuestiones que te afectan.
- No gustar a todo el mundo.
- Pedir ayuda o apoyo emocional.
- Derecho a responder o no hacerlo.
- Controlar tu propia vida y cambiarla si no te gusta tal y como es ahora.

Una vez que opta por una definición de autoestima, que reconoce sus derechos básicos como persona, escuchar de qué manera ella integra estos conocimientos a su experiencia personal. Probablemente, la participante

dará ejemplos de cuando ha fracasado en valorarse y se ha dejado sobajar por los demás, especialmente su pareja. Es importante, proporcionar connotación positiva, exaltando cuál ha sido el beneficio que ha recibido de ello, pero especialmente, incidir en los intentos por valorarse a ella misma, en las acciones realizadas para tal efecto, y la forma en cómo la han hecho sentir bien consigo misma. Continuamos con la lectura del cuento “El verdadero valor del anillo” (Doria, 2004):

*El verdadero valor del anillo.*

*Un joven concurre a un sabio en busca de ayuda.*

*- Vengo, maestro, porque me siento tan poca cosa que no tengo fuerzas para hacer nada. Me dicen que no sirvo, que no hago nada bien, que soy torpe y bastante tonto ¿Cómo puedo mejorar maestro? ¿Qué puedo hacer para que me valoren más?*

*El maestro, sin mirarlo, le dijo:*

*- ¡Cuánto lo siento muchacho, no puedo ayudarte, debo resolver primero mis propios problemas! Quizás después... Si quisieras ayudarme tú a mí, yo podría resolver este tema con más rapidez y después tal vez te pueda ayudar.*

*- E... encantado, maestro -titubeó el joven, pero sintió que otra vez era desvalorizado y sus necesidades postergadas-*

*- Bien -asintió el maestro-. Se quitó un anillo que llevaba en el dedo pequeño de la mano izquierda y dándoselo al muchacho agregó: Toma el caballo que está allí afuera y cabalga hasta el mercado. Debo vender este anillo para pagar una deuda. Es necesario que obtengas por él la mayor suma posible, pero no aceptes menos de una moneda de oro. Vete y regresa con esa moneda lo más rápido que puedas.*

*El joven tomó el anillo y partió. Apenas llegó, empezó a ofrecer el anillo a los mercaderes. Estos lo miraban con algún interés hasta que*

*el joven decía lo que pretendía por el anillo. Cuando el joven mencionaba la moneda de oro, algunos reían, otros le daban vuelta la cara y sólo un viejito fue tan amable como para tomarse la molestia de explicarle que una moneda de oro era muy valiosa para entregarla a cambio de un anillo.*

*En afán de ayudar, alguien le ofreció una moneda de plata y un cacharro de cobre, pero el joven tenía instrucciones de no aceptar menos de una moneda de oro, así que rechazó la oferta.*

*Después de ofrecer su joya a toda persona que se cruzaba en el mercado -más de cien personas- y abatido por su fracaso, montó su caballo y regresó.*

*¡Cuánto hubiese deseado el joven tener él mismo esa moneda de oro! Podría habérsela entregado al maestro para liberarlo de su preocupación y recibir entonces su consejo y su ayuda.*

*- Maestro -dijo- lo siento, no es posible conseguir lo que me pediste. Quizás pudiera conseguir 2 o 3 monedas de plata, pero no creo que yo pueda engañar a nadie respecto del verdadero valor del anillo.*

*- ¡Qué importante lo que dijiste, joven amigo! -contestó sonriente el maestro-. Debemos saber primero el verdadero valor del anillo. Vuelve a montar y vete al joyero ¿Quién mejor que él para saberlo? Dile que quisieras vender el anillo y pregúntale cuánto da por él. Pero no importa lo que ofrezca, no se lo vendas. Vuelve aquí con mi anillo.*

*El joven volvió a cabalgar. El joyero examinó el anillo a la luz del candil, lo miró con su lupa, lo pesó y luego le dijo:*

*- Dile al maestro, muchacho, que, si lo quiere vender ya, no puedo darle más que 58 monedas de oro por su anillo.*

*- ¿¿¿58 monedas???? -exclamó el joven-.*

*- Sí, -replicó el joyero-. Yo sé que con tiempo podríamos obtener por él cerca de 70 monedas, pero no sé... Si la venta es urgente...*

*El joven corrió emocionado a casa del maestro a contarle lo sucedido.*

*- Siéntate -dijo el maestro después de escucharlo-. Tú eres como este anillo: una joya única y valiosa. Y como tal, sólo puede evaluarte verdaderamente un experto. ¿Qué haces por la vida pretendiendo que cualquiera descubra tu verdadero valor?*

*Y diciendo esto, volvió a ponerse el anillo en el dedo pequeño de su mano izquierda.*

Terminada la lectura, se hace un recuento de la sesión y se le pregunta a la participante: ¿qué se lleva de la sesión? Se comentan sentimientos, sensaciones y pensamientos de la participante que hayan surgido durante la lectura del cuento.

En esta primera sesión, para elevar la autoestima, se puede reforzar con la lectura de un segundo cuento “¿Cómo crecer?” o “El elefante encadenado” (Cucay, 2006), dependiendo de algunos factores, como el tiempo que resta de la sesión, la necesidad de la participante de ser escuchada, de la claridad del mensaje recibido por la participante acerca del primer cuento; o bien, se puede reservar para incluirse dentro de otra de las sesiones si se detecta decaimiento en la participante, y tenga necesidad de elevar su autoestima. Por último, se cierra la sesión con connotación positiva y confirmamos la siguiente cita.

*¿Cómo crecer?*

*Un rey fue hasta su jardín y descubrió que sus árboles, arbustos y flores se estaban muriendo.*

*El Roble le dijo que se moría porque no podía ser tan alto como el Pino. Volviéndose al Pino, lo halló caído porque no podía dar uvas como la Vid.*

*Y la Vid se moría porque no podía florecer como la Rosa.*

*La Rosa lloraba porque no podía ser alta y sólida como el Roble.*

*Entonces encontró una planta, una Fresa, floreciendo y más fresca que nunca.*

*El rey preguntó:*

*¿Cómo es que crece saludable en medio de este jardín mustio y sombrío?*

*No lo sé. Quizás sea porque siempre supuse que cuando me plantaste, querías una Fresa.*

*Si hubieras querido un Roble o una Rosa, los habrías plantado.*

*En aquel momento me dije: "Intentaré ser Fresa de la mejor manera que pueda".*

*Ahora es tu turno. Estás aquí para contribuir con tu fragancia. Simplemente mírate a vos mismo.*

*No hay posibilidad de que seas otra persona.*

*Podes disfrutarlo y florecer regado con tu propio amor por vos, o podéis marchitarte en tu propia condena...*

*Descripción sesión 5. Autoestima: sugestión hipnótica para elevar autoestima.*

Para dar inicio a la sesión, preguntamos a la participante cómo fue su semana, si hay eventos relevantes que tratar, y posteriormente, preguntamos cómo se sintió y qué pensó acerca de lo visto la sesión anterior, es decir, aplicar la entrevista breve de inicio de sesión.

Se tratan los aspectos que la participante traiga para la sesión, si es necesario introducir otra meta, se hace, o bien, si se identifica otro aspecto que no esté totalmente especificado en el plan de tratamiento, dar cabida, a través de una sugestión hipnótica con símbolos (que se describe más adelante) o utilizar metáforas que surjan de la misma participante o, metáforas que el/la terapeuta ajuste al problema a tratar. Por lo que, la o él

terapeuta debe de ser sensible a las necesidades de la participante en ese momento.

Si es factible continuar con el tema de autoestima, se comentan los detalles que la participante haga respecto a lo que sintió o pensó al respecto, para dar pauta a la sugestión hipnótica para elevar autoestima, la cual es una versión modificada de Téllez (2007).

*Sugestión hipnótica para elevar la autoestima.*

Se induce la hipnosis a través de la respiración, produciendo un estado de relajación, hasta que la persona indicaba *ya*, o parecía estar hipnotizada se continuaba con la siguiente sugestión:

Ese estado es óptimo para lo que te voy a decir, en ese estado tu mente critica esta como dormida, muy relajada..., por tanto, tu mente interna va a aceptar las ideas que le dé cuando se dé cuenta de que son convenientes, buenas y saludables para ti, te voy a decir unas palabras, sin esfuerzo y después de pensar desganadamente haciendo asociaciones libres, deja ir esas palabras y su significado a lo más profundo de tu mente, ahí donde se forma la auto imagen. La palabra que me gustaría que pensaras desganadamente es autoestima ¿qué significa la palabra autoestima? Es valorarse uno mismo en todo su ser, con esmero; es dirigir nuestra energía hacia el respeto de nosotras mismas y al reconocimiento de nuestras cualidades [nombre de la participante], que tal vez... se vean reflejados en esos pequeños y grandes logros personales.

Buena autoestima, es tener esa alegría y disfrutar sabiendo que la vida puede ser hermosa.

El *valorarse*, respetarse a sí misma, también, puede significar eso y más para ti, y permite que esas asociaciones y palabras lleguen a lo

profundo de tu imaginación ahí donde se moldean y dan forma a la *autoimagen*, a la autoestima a las nuevas emociones y sentimientos..., continúa sintiendo tu respiración mientras observas de qué manera tus recursos personales transforman las imágenes que tenías para convertirlas en otras, donde *verdaderamente*... valoras todo lo que tú eres [nombre de la participante]...mientras los ruidos del exterior, las voces en lugar de distraerte te ayudan a concentrarte más en esta calma, en esta quietud, mientras continúas sentada aquí escuchándome... hay en el centro de tu ser interno [nombre de la participante] una mente que es tranquila, sabia, ingeniosa, y creativa, esta mente que quiere que salgas, y te conviertas en una persona plena, completa, bien... intuitiva y sabia, esta mente sabe mucho más de lo que tu mente consciente sabe, más de lo que tu mente consciente sabe que sabes.

Esta mente interna [nombre de la participante] siempre ha estado dentro de ti desde que tú eras niña... ella te ayudaba a sobrevivir a las dificultades del pasado, y te continúa y te continuará ayudando en el futuro, la gente le llama a este centro de tu ser interno mente 'inconsciente', otros le llaman 'guía', otro le llaman 'consejera interna', otros más el 'gran yo interno', todos apuntan a lo mismo independientemente de qué nombre se le dé, tiene la función especial de guiarte [nombre de la participante], de guiarte desde dentro para encontrar tu camino y tu propia realización encontrándolo, permitiéndote recordar lo que necesitas recordar del pasado todo aquello que necesites recordar, y una vez que recuerdes todo eso, te darás cuenta que más que una víctima de las desafortunadas circunstancias, cuando así lo fueron, eres una ingeniosa e *inteligente sobreviviente*, **ingeniosa sobreviviente**.

Puedes liberarte del pasado para vivir mejor el presente, en forma más adaptada, enfrentándote en forma más eficaz a los obstáculos de la

vida diaria, sabiendo que cada día y en cada camino continuarás mejorando, y así, verás las cosas más claramente sabiendo que estás avanzando teniendo caminos distintos, serás más fuerte, más sabia tu entendimiento de la vida, tu propósito de vivir... tu papel especial en tu vida, tu familia, y así, culminar tus metas, tus logros, valorándolos en tu vida, tu familia, valorándolos en balance armonioso y estable... [Hacer una pausa y preguntar a la participante: ¿Cómo es su imagen? ¿Cómo se siente? Y si le agrada lo que observa. Si todo está bien continuar...]. Cualesquiera cosas que ocultara ese valor interno tuyo puedes quitarla ahora, cualquier suceso del pasado que te haya hecho creer por algún tiempo que tenías poco valor, puedes *quitarlo ahora...*, y a partir de ti puedes llegar a ser más autónoma. Desarrollar [nombre de la participante] el gran valor de expresar tus necesidades en forma armoniosa, hacia tu familia, hacia tu trabajo en relación con todos, tú puedes desarrollar [nombre de la participante] una sensación de equilibrio y moderación disfrutando la vida con gozo y espontaneidad..., continúas avanzando desarrollando tu confianza, utilizando tus talentos, habilidades, aptitudes, tienes la capacidad de visualizarte a ti misma en el futuro, realizando... viviendo tus sueños, tus metas, viviendo tus sensaciones de logro... visualizándote satisfecha ...y una vez que aprendas todo lo que tengas que aprender de ahí, puedes... [nombre de la participante] poco a poco salir de la hipnosis, al hacer movimientos, a tu ritmo vas a empezar a mover tus dedos de tus manos, de tus pies para estar alerta tranquila... consciente hasta que finalmente puedas abrir tus ojos.

Después se comenta la experiencia de la participante dando connotación positiva a sus observaciones y actitudes. Se cierra la sesión confirmando la siguiente cita.

*Descripción sesión 6. Autoestima. Recuperación de recursos personales.*

Es la tercera sesión para elevar la autoestima. La intención es que la persona reconozca sus cualidades y que advierta que son utilizables en diversas situaciones en su vida.

Se comienza, como ya se hizo el hábito, con la entrevista breve de inicio de sesión. Se evalúa la necesidad de trabajar sobre algún suceso de la semana, o si se puede continuar de acuerdo al plan de tratamiento.

Cuando se puede continuar con lo planeado, se retoma parte de las sesiones anteriores de autoestima, y se introduce una breve explicación de lo que son los recursos personales. Los recursos personales son todas aquellas cualidades que poseemos, los aprendizajes adquiridos de la experiencia, ya sea que estos fueran positivos o negativos, así como nuestras capacidades. Estas capacidades pueden ser intelectuales, en la solución de problemas, memorizar o, incluso, olvidar, u otras como la capacidad de reacción, capacidad para perdonar, etc. Para ello se toma en cuenta las cualidades consideradas por la participante en la lista que hizo de ellas en la primera sesión de autoestima (sesión 4), y se mezcla con los derechos básicos. Se le mencionan, ambos a la participante, como un recordatorio, observando, en su comunicación verbal y no verbal, con cuáles se siente identificada, para incluirlas en la sugestión hipnótica.

Se hace un enlace con lo comentado al inicio de la siguiente sugestión hipnótica acerca de la recuperación de recursos personales, modificada de Avía y Robles (1993).

*Sugestión para la recuperación de recursos personales.*

Se induce una hipnosis a través de la respiración y relajación, o bien, mediante sensaciones en el cuerpo. Entonces se le pregunta a la

participante ¿cómo imagina sus recursos? y se explica que para algunas personas son como una caja de herramientas, para otras un clóset o cajones llenos de cosas, para otras más, un color que aparece automáticamente con su respiración cuando lo necesitan, etc. A continuación, se le dice: “¿Cómo los imaginas tú? Fíjate cómo los imaginas y qué tanto polvo o estorbos tienen en este momento”. Y se sigue con la siguiente sugestión:

...ahora te voy a pedir que imagines tus recursos personales. Los recursos personales son todas esas fortalezas, cualidades, que nos han sacado adelante en situaciones, son todas esas formas particulares que tenemos para actuar ante situaciones, ante problemas. Tu respiración te ayuda a imaginar, puede ser una imagen visual, puede ser un olor o color, puedes sentirlo en tu cuerpo y tu respiración te ayuda a tener esta imagen de tus recursos personales, algunas personas se imaginan sus recursos personales en un cuarto lleno de cosas o una caja con objetos, o como un archivador, puede ser un color o muchos colores, puedes sentir sensaciones en tu cuerpo cada respiración te va ayudando a obtener esta imagen de tus recursos personales, todas esas herramientas que te han ayudado en toda tu vida a enfrentar positivamente las situaciones que se te presentan tus recursos personales son las maneras de actuar que tienes y siempre están con nosotros, pueden ser representado con muchas o pocas cosas. Y con tu respiración siguen elaborándose más de esos recursos personales. Muchas veces tenemos nuestros recursos personales, y ya no los usamos se van guardando otras veces usamos todos los que tenemos, otras veces con la experiencia vamos aprendiendo que tenemos otros recursos nuevos [mencionar los que observamos previamente con los que se identifica, y los mezclamos con los derechos que se mencionaron en sesiones previas]. Observa, mientras sientes tu respiración, cómo se representan tus recursos personales... ¿Ya te fijaste cómo son? ¿cómo

están representados tus recursos personales? [dar tiempo a que la persona responda y repetimos lo que ella mencione y continúe sugiriendo dependiendo de cuál fue su percepción], observa cómo se “sienten”..., observa a qué “huelen”..., cómo se escuchan, cómo se miran, observa en detalle cómo son, y observa cómo a través de tu respiración evolucionan, se desarrollan, comenzando por una limpieza, para que se renueven saludablemente, se renuevan positivamente, los puedes reconstruir si necesitan ser reconstruidos, renovar, descubrir nuevos, positivamente, saludablemente, automáticamente... Observa cómo se alimentan tus cualidades con tus derechos básicos..., se reconstruyen a través de tu respiración, expulsa lo que si se quedara adentro te haría daño, y al inhalar..., te fortaleces.

Observa cómo al estar relajada y sintiendo tu respiración, se sacude lo que ahí tenga que sacudirse, con tu respiración se limpia lo que te haría daño si se quedara adentro, en tu cuerpo. Tu respiración te ayuda a renovar o a reconstruir tus recursos personales que te han ayudado en muchas situaciones de tu vida,... tu respiración los limpia los reacomoda para hacerlos accesibles al momento en que los necesites, o bien..., los elimina si han dejado de servir; así, cada respiración te ayuda a acomodarlos para que estén listos cuando los necesites..., tu respiración te sigue ayudando para que facilites el uso de tus recursos, y tu respiración sigue ordenando lo que haya que ordenar, destruir y reconstruir, desempolvándolos, reparándolos si están dañados, haciéndolos crecer, innovarse...

Continúa sintiendo tu respiración... observando cómo se clasifican, se acomodan, se distribuyen tus recursos personales [nombre de la participante], lo que te hace más fuerte, autónoma, renovada, a la vez que continúas descubriendo otros nuevos... recursos personales... que están creciendo con tus nuevos aprendizajes, con el reconocimiento de tus cualidades y tus capacidades, positivamente...,

tus recursos se renuevan, y tu respiración durante el día, con cada inhalación y exhalación que tengas. Y, por la noche..., a través de tus sueños, se siguen renovando... reconstruyendo, incrementándose. Disfruta de tu imagen unos momentos más, aprendiendo todo lo que de ahí tengas que aprender... y cuando estés lista, para regresar aquí... al cubículo conmigo, con tan solo un movimiento voluntario y abrir los ojos, sales de la hipnosis.

Se comenta la experiencia de la participante proporcionando connotación positiva. Se cierra la sesión y se confirma la siguiente cita.

Si aún se observa a la participante con dudas sobre su autoestima se puede utilizar el siguiente cuento:

*El elefante encadenado.*

Cuando yo era chico me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales.

También a mí como a otros, después me enteré, me llamaba la atención el elefante. Durante la función, la enorme bestia hacia despliegue de su tamaño, peso y fuerza descomunal... pero después de su actuación y hasta un rato antes de volver al escenario, el elefante quedaba sujeto solamente por una cadena que aprisionaba una de sus patas clavadas a una pequeña estaca clavada en el suelo.

Sin embargo, la estaca era solo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en la tierra. Y aunque la cadena era gruesa y poderosa me parecía obvio que ese animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su propia fuerza, podría, con facilidad, arrancar la estaca y huir.

El misterio es evidente: ¿Qué lo mantiene entonces? ¿Por qué no huye? Cuando tenía 5 o 6 años yo todavía en la sabiduría de los grandes.

Pregunté entonces a algún maestro, a algún padre, o a algún tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado.

Hice entonces la pregunta obvia: Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan? No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente.

Con el tiempo me olvide del misterio del elefante y la estaca... y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho la misma pregunta. Hace algunos años descubrí que por suerte para mí alguien había sido lo bastante sabio como para encontrar la respuesta: El elefante del circo no se escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde muy, muy pequeño.

Cerré los ojos y me imaginé al pequeño recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que en aquel momento el elefantito empujó, tiró, sudó, tratando de soltarse. Y a pesar de todo su esfuerzo, no pudo.

La estaca era ciertamente muy fuerte para él. Juraría que se durmió agotado, y que al día siguiente volvió a probar, y también al otro y al que le seguía...Hasta que un día, un terrible día para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino. Este elefante enorme y poderoso, que vemos en el circo, no se escapa porque cree el pobre que NO PUEDE.

Él tiene registro y recuerdo de su impotencia, de aquella impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese registro. Jamás... jamás... intentó poner a prueba su fuerza otra vez...

***Meta: Identificación de sensaciones y emociones.***

Objetivo: Que la participante reconozca las emociones, identifique qué sensaciones le causan en el cuerpo. Emociones como miedo, ansiedad,

depresión, enojo, frustración, alegría y satisfacción, sensaciones como tensión, dolor, incomodidad, desgano.

En la Tabla 13 se resumen los contenidos de esta meta para la identificación de emociones y sensaciones.

Tabla 13

*Contenido de la meta para la identificación de emociones y sensaciones*

Tema	Estrategia	Materiales	Sesión
Identificación de diversas sensaciones en el cuerpo, como, dolor, tensión, picor, temperatura (calor-frío), entumecimiento, cansancio, desvelo, incomodidad, otras.	Revisión de la diferencia entre una sensación, emociones y sentimientos, mediante hipnosis.	Sugestión hipnótica para la identificación de las sensaciones en el cuerpo que en ese momento la participante esté experimentando.	7
Identificación de sensaciones en el cuerpo asociadas a emociones y sentimientos.	Recordar y reparar eventos que causan las emociones de miedo, ansiedad, depresión, enojo, frustración, alegría y satisfacción, e identificar las sensaciones que experimentaron en ese momento. Metáfora.	Metáfora: Sanación de una herida. Sugestión hipnótica para recordar y reparar emociones negativas.	8
Trabajo con sensaciones muy arraigadas en el cuerpo por la constante tensión y ansiedad que ocasiona el maltrato, como: pesadez en los hombros, nuca y cuello; somatizaciones en general; cansancio o agotamiento emocional como síntoma de depresión, frustración, apatía o desgano.	Identificación de emociones y sensaciones arraigadas en el cuerpo mediante hipnosis: símbolos.	Ninguno.	9

*Descripción sesión 7. Identificación de sensaciones, emociones, y sentimientos: Identificación de diversas sensaciones.*

Se comienza por hablar acerca de las sensaciones, los sentidos como fuentes de percepción sensorial, y de cómo es fácil dejar de hacer caso a las sensaciones en el cuerpo cuando se tienen muchos problemas y nos lo impide; de cómo nos olvidamos de hacer caso de las necesidades de nuestro cuerpo y vamos acumulando tensión innecesaria que pronto se convierte en dolores, tensiones, cansancio o agotamiento (Cerezo et al., 2009; Robles, 1990).

Se le indica, -lo que vamos a hacer ahora es usar hipnosis para ayudarte en el reconocimiento de tus emociones, pero, vamos a empezar por pasos, vamos a empezar por las sensaciones-. Se le pregunta si recuerda cómo le enseñaron a diferenciar los sentidos en la niñez, en la escuela, o tal vez, un familiar se los enseñó. Se hace un recordatorio de cuáles son los sentidos y cómo nos enseñaron a distinguirlos. Se le da tiempo a que responda, manteniendo escucha activa. De acuerdo a sus respuestas, se hace un puente con la inducción hipnótica. Por ejemplo, vamos a hacer algo similar... pero con tu imaginación poniendo atención a las sensaciones de tu cuerpo. Se inicia la inducción hipnótica de sensaciones y emociones. Una vez identificadas, proporcionar sugerencias positivas, o transformaciones en caso de tratarse de sensaciones desagradables.

*Sugestión hipnótica de sensaciones y emociones.*

[Se menciona su nombre] te voy a pedir, quizás tú ya lo sepas por las experiencias que has tenido en sesiones pasadas, que te pongas en una postura cómoda. Veo que ya te acomodaste que moviste tu cuerpo, si hay alguna parte de tu cuerpo que todavía necesita reacomodarse, este es el momento para hacerlo para que te pongas en una postura que sea

cómoda [pausa] de manera que sea mucho más fácil [pausa] continuar con este proceso que acomodes tus piernas, los pies sobre el piso quizá un poquito levantados del piso, que tus rodillas estén cómodas, tus piernas, tu cadera si es necesario quizá acomodarse la ropa, la espalda, tu cabeza [pausa] de modo que haya conciencia de cómo es que se siente o qué sensación tiene tu cuerpo [pausa] de modo que puedas saber si hay alguna parte de tu cuerpo que se sienta incómoda [pausa] para poder acomodarla en una posición que sea placentera...

Toma una inhalación profunda que permita a tus pulmones llenarse de oxígeno [pausa] que con cada inhalación y cada exhalación [pausa] continúa este proceso de acomodación, de reacomodo, a través de la agradable sensación que produce el entrar y salir aire de tu cuerpo [pausa], siente cómo tu pecho, tu abdomen se llena de aire a tu propio ritmo a tu propia velocidad, de manera rítmica [pausa]. Quizás descubras algunas sensaciones en tu cuerpo que parecieran nuevas, pero que ahí han estado sin que te dieras cuenta [pausa], tal vez algunas sean agradables y tal vez algunas otras desagradables, tal vez también puedas identificar en dónde es que se siente... en que parte de tu cuerpo... identifiquemos diferentes sensaciones, o tal vez, una sola [pausa] siempre acompañadas de tu respiración suave y tranquila, relajadamente a tu propio ritmo [pausa] quizá ya hayas identificado alguna o varias sensaciones...

¿Cómo es esa sensación? [escuchar la descripción de la participante de su/s sensación/es].

¿Continúa esa sensación de [repetimos la descripción de su sensación]? Muy bien... continúa sintiendo tu respiración, suave y tranquilamente... e identifica, con detenimiento, esa sensación, en qué parte/s del cuerpo la/s sientes.

[Se continúa la sugestión guiándola a otras sensaciones en distintas partes del cuerpo]. ...siente tus pies... cómo se sienten recargados en el

piso... [nombre de la participante]. Identifica qué sensaciones tienes en tus pies, cómo se siente el contacto con tu calcetín en tus dedos, en tus uñas... esa sensación de [se repite la descripción que haga de la sensación en sus pies y continuamos con otras partes del cuerpo].

Continúa sintiendo, identificando esas sensaciones de firmeza, descanso, libertad y comodidad, y de bienestar general... en el que has mencionado esas sensaciones... ese bienestar en el que se encuentran tus pies [o cualquier otra parte del cuerpo que mencione la participante o le sugerimos]... y si identificas algo que te gustaría cambiar, alguna sensación que te gustaría modificar o alguna sensación que te gustaría añadir, este es el momento para permitirte [se hace pausa para preguntar a la participante lo que siente y dónde lo siente, y en caso de mencionar alguna sensación confusa o desagradable, se debe sugerir transformar esas sensación en algo positivo hasta que mencione sentirse mejor, como se indica enseguida]. Bien, ahora, deja que tu respiración substituya, esa sensación desagradable de [repetimos lo que ella mencionó como desagradable] por una sensación agradable de comodidad, puede ser calor, frescura, movimiento, bienestar, con tan solo prestar atención a tu respiración... [pausa] continúa sintiendo tu respiración no es necesario esforzarse para sustituirla [pausa] tu propio cuerpo con esa sabiduría que tiene, encuentra la manera automática de que tú la reconozcas, encuentra el modo de hacerte saber, de hacerte consciente de esa sensación agradable positivamente, tranquilamente, agradablemente... sin esfuerzos, tu imaginación, a través de tu respiración, encuentra el modo de manifestar esa sensación agradable en tu cuerpo, quizá sea muy leve... lento, o fuerte y rápido; tal vez pueda ser una sensación de calor... de cosquilleo... tal vez la fricción que hay entre tu piel y la ropa que llevas puesta o tal vez también entre tu piel y tu cabello..., tal vez también pudiera ser a través de la sensación que producen los movimientos de tus dedos como a

través de la frotación entre uno y otro de manera delicada, cuidadosamente, saludablemente, positivamente; solo tal vez..., sin embargo puede ser de muchas otras maneras solo tú, y tu cuerpo, reconocen las sensaciones agradables que pueden producirse a través de tu imaginación y los recursos de tu cuerpo, acompañada de tu respiración suave y tranquila... ¿Cómo te sientes ahora? ¿Ya te diste cuenta como se han ido substituyendo las sensaciones que tenías por otras más agradables? [es importante se confirme que se quede con sensaciones agradables]. Disfruta de esa sensación agradable, de tranquilidad que hay en tu cuerpo, en tu cabeza, en tu rostro, tus hombros y brazos y en tu espalda, tu pecho y abdomen, tu cadera, brazos y manos, piernas y pies hasta tus dedos... disfruta unos momentos más de esta sensación en este encuentro contigo misma... [pausa] con tu propio ser, y después de unos momentos que para ti sean los necesarios puedas volver a este espacio al aquí y al ahora continuando con esa sensación agradable todo el día acompañado de tu respiración y de noche a través de tus sueños, y despertando de esa sensación tan agradable, de tranquilidad que hay en todo tu cuerpo.

Se comenta la experiencia de la participante y proporcionamos connotación positiva. Se cierra la sesión confirmando la siguiente cita.

*Descripción sesión 8. Identificación de sensaciones y emociones: Identificación de sensaciones en el cuerpo asociadas a emociones y sentimientos.*

Se inicia la sesión con la entrevista de inicio de sesión. Se evalúa si es posible continuar con el plan o cambiar de foco de atención, dependiendo de la situación de la participante, especialmente si se detecta algún tipo de riesgo, o si tuvo algún evento violento en la semana. Si esto fuera el caso, el

inicio de esta sesión es muy apropiado para comenzar, ya que se trata de las emociones de dolor que causan las heridas, a través de una metáfora, la metáfora de las heridas.

Se habla acerca del dolor que ha generado el maltrato, el dolor causado por las heridas, e introducimos la metáfora de las heridas de Robles (1990, p. 99).

*Metáfora de las heridas.*

“Todas las heridas, hasta las más profundas, cicatrizan tarde o temprano... unas cicatrizan de adentro hacia afuera, otras de afuera hacia adentro, pero lo más importante es primero limpiarlas bien para evitar cualquier infección, y, una vez que están limpias, dejarlas al aire, sin tocarlas, para que cicatricen. Si son muy profundas, tal vez necesitan vendas durante un tiempo. Pero de nada sirve una vez limpias, rascarles y rascarles porque eso lastima y retrasa la cicatrización. Y cuando las heridas sanan, la cicatriz queda ahí como recuerdo, ya sin dolor, de esos momentos difíciles que ya pasaron, como recuerdo de esa experiencia a la que sobrevivimos y que nos sirvió para crecer”.

Se repasa en cómo fue captado el mensaje por la participante. Posteriormente, se continúa hablando de los diferentes tipos de heridas y experiencias que le han causado algún dolor en el pasado y para qué le ha servido esa experiencia, con la finalidad de que la participante se enfoque y redescubra la percepción de las sensaciones en el cuerpo causadas por las emociones o sentimientos.

Se comienza con la siguiente inducción hipnótica y se sugiere a la participante que recuerde e identifique las distintas emociones, dando tiempo a que experimente cada una y observe, en su cuerpo, qué

sensaciones se originan. Se le pregunta en dónde las siente, ¿En qué partes del cuerpo las siente? ¿Cómo son? Se hace una pausa para que las describa e indique dónde las siente.

*Sugestión hipnótica para la identificación de sensaciones a partir de emociones y sentimientos.*

Pon plena atención, en cómo se siente cuándo entra... y sale el aire... qué temperatura tiene ese aire que entra fresco, y sale más tibio... sentir la temperatura en tus manos, en tu rostro, de adentro y de fuera, un tanto fría... la sensación de la gravedad sobre tu cuerpo, sentada en la silla ¿Cómo se siente tu cuello recargado? La sensación de la tela de tu camisa, la tela de tu pantalón... y así como identificas la temperatura de fuera, ahora logras identificar la de dentro de ti, en contraste..., tal vez más tibia...; encargándote de hacer los ajustes que sean necesarios para que estas sensaciones sean agradables, quizá haya alguna situación que no sea totalmente agradable, apóyate de tu respiración para transformarla, ajustándote, acomodándote, para estar cómoda, cómoda para la experiencia... reconocida y transformada... haz todos los ajustes que sean necesarios recordando que en cada respiración el aire que entra, provee de oxígeno a cada célula, cada una de nuestro cuerpo es basto con él y al transpirar, al exhalar elimina lo innecesario, lo ya transformado; sintiéndote bien contigo misma, reconocida y valorada.

Ahora te voy a pedir [nombre de la participante] mientras yo te menciono algunas emociones, que tu identifiques cómo las vives, cómo las has vivido hasta hoy, quizá vengan algunos recuerdos a ti... permite que ellos surjan. Identifica esas sensaciones que tienes, cómo las sientes, ahora te voy a pedir que recuerdes alguna situación en la que te sentiste ansiosa, en la que te sentías con mucha ansiedad, recuerda esa

sensación de ansiedad y ubica donde se siente esa ansiedad, en que parte de tu cuerpo sientes la ansiedad ante esa situación, observa cómo se siente estar ansiosa, detecta esa ansiedad en alguna parte de tu cuerpo; bien, ahora que ya la identificaste, también puedes identificar la situación que te provocó tal ansiedad.

[Se le pide a la participante que describa la sensación con tanto detalle, así como la situación que la provocó]. Por medio de tus recursos personales, se elabora, saludablemente..., esa ansiedad, tu respiración te ayuda a disminuir la ansiedad, a disminuirla, a limpiarla, a renovarla, positivamente, saludablemente, en este momento esa ansiedad solo es un recuerdo de esa situación, que en su momento te ayudo y ahorita se puede limpiar de esa ansiedad, la puedes desechar con tu respiración cada que exhalas y tus recursos personales te ayudan saludablemente a manejar esas sensaciones que te causaban la ansiedad [pausa, se debe asegurar que deja de sentir ansiedad].

Ahora te voy a pedir que recuerdes una situación en la que tuviste miedo, puede ser un miedo reciente o un miedo pasado, cualquier miedo, un miedo específico o miedo general, ubica dónde se siente ese miedo, en qué parte de tu cuerpo se siente ese miedo, y sobre todo cómo se siente ese miedo, tu inconsciente te ayuda a ubicarlo o, a imaginarlo ¿Cómo se siente ese miedo [nombre de la participante]?

¿Cómo ha reaccionado tu cuerpo frente al miedo? Recuerda, esa situación que te causó miedo [hacemos una pausa para dar tiempo a que recuerde e identifique cómo se siente el miedo]. Bien, continúa sintiendo tu respiración mientras experimentas el miedo y qué te lo ocasionó... observa cómo es, cuáles sensaciones te ocasiona ¿Ya observaste cómo es el miedo? [escuchar su descripción] ¿Qué cosas has hecho o dejado de hacer por el miedo? Cuándo has experimentado el miedo ¿Qué haces cuándo...? ¿Cómo es [nombre de la participante] cuando tiene miedo? Reconociéndote positivamente... deja que tus

recursos personales y los recursos de tu cuerpo resuelvan aquello [repetir la descripción que ella proporcionó de lo que le ocasionó el miedo] que te causó miedo [pausa]. Bien [nombre de la participante] mientras tu imaginación sigue elaborando esa experiencia que te causó miedo, pasamos a otra emoción ¿Cómo es la tensión [nombre de la participante]? ¿Cómo has vivido la tensión justo hasta ahora?, ¿Cómo te avisa tu cuerpo que estás tensa? [pausa para escuchar su descripción]. Continúa sintiendo tu respiración y esa sensación [repetimos la descripción que proporcionó la participante] identifícala... claramente... para entonces dejarla ir, a tu ritmo, sin esfuerzos, solo observando cómo se va. Ayudándote a reconocerte, protegida...mente...

De esta manera, se va recorriendo distintas emociones, dando tiempo a la participante para identificar, dejar ir y quedarse, poco a poco con una emoción agradable. La depresión [nombre de la participante] ¿Qué historia tienes de la depresión en ti?... ¿El enojo o ira? ¿Cómo es [nombre de la participante] cuando estás enojada? ¿Qué cosas haces? ¿Cómo lo experimentas?

Conforme se va avanzando, hacia cada una de las emociones y, dado que algunas de estas emociones han estado acumulándose por algún tiempo, y tal vez se han convertido en sentimientos de rencor, ira, repudio, agresión, se tiene que dirigir el proceso hipnótico hacia la recuperación, la sanación de sus emociones y/o sentimientos, liberando la tensión acumulada en ello, sugiriendo la elaboración y solución de estos.

Al ir recordando situaciones causantes de dolor en el pasado, la participante, podría tener episodios de llanto, sollozo, ira, enojo, etc., al tratarse de sensaciones desagradables o de dolor, y la necesidad manifestarlos. Por ello es importante, mantenerse en calma y transmitírsela; facilitarle el desahogo y la reexperimentación de esas

emociones en hipnosis, acompañándola durante la sugestión, por medio de la sincronización de nuestro ritmo respiratorio al de ella, para que se sienta cómoda, y especialmente, segura. [Si se considera oportuno, se le pregunta si puede colocar una mano en su hombro, o sobre una de sus manos; si contesta afirmativamente, se puede proceder, se espera a que responda, si responde negativamente o no responde, debe abstenerse de hacerlo]. Se continúa la sugestión hacia la transformación o substitución de esas emociones, poco a poco, respetando su ritmo, e incidiendo en relajarse y desechar, transformar, elaborar todo aquello que le ha causado esa emoción, mencionando el nombre que ella le haya dado a tal emoción. Continuar, sucesivamente, hasta agotar las que ella haya mencionado más hasta este momento durante el transcurso del tratamiento.

Se debe calcular el tiempo de la sesión, y la pauta marcada por la participante, para determinar cuántas emociones se pueden incluir en esa hipnosis, o si es necesario continuar en otra sesión.

Se continúa, para finalizar y cerrar:

En este...y cualquier otro momento en adelante para tu bienestar... sintiéndote reconocida y valorada por ti misma... Un proceso de reconocimiento para valorarlo y utilizarlo en tu desarrollo personal sanamente, como parte de ti y con el permiso de expresar tus emociones y sentimientos... y sintiéndote así [nombre de la participante] reconocida y valorada en tus emociones, en tus sentimientos... Bien, asegúrate [nombre de la participante], de quedarte con una emoción agradable, sensaciones cómodas, placenteras, y prepárate, para comenzar a regresar... Recuerda que esto es un proceso... que se ha sido activado, y continúa..., se continúa automáticamente de día, con tu respiración y, por la noche, en tus sueños, asimilando todos estos ajustes, esta reflexión, mientras tú regresas aquí y ahora, poco a poco...

comenzando a sentir de nuevo el cuerpo sobre la silla, y cuando estés lista puedes abrir tus ojos, a tu ritmo... poco a poco.

Al salir de la hipnosis se retoma lo experimentado, discutirlo y se verifica que se sienta cómoda y con un bienestar general. Se cierra y confirma la siguiente cita.

*Descripción sesión 9. Identificación de sensaciones y emociones: Emociones arraigadas en el cuerpo.*

Se hace un recordatorio de lo experimentado la sesión anterior sobre las sensaciones generadas por las emociones, y ante cuáles situaciones se percibieron en el pasado. Si surge alguna metáfora por parte de la participante o la terapeuta, se trabaja sobre de ella. Enseguida se conduce a la participante a recordar situaciones y cómo se sintió ante ellas. A partir de ello se detecta cuál emoción es la que experimenta con mayor frecuencia y le causa dificultades en su vida cotidiana. Se trabaja a través de hipnosis, para resolver el problema que le originó esa emoción, que probablemente se ha constituido como un sentimiento, y se le ayuda a que reflexione acerca del “para qué”, le ha servido esa experiencia (de maltrato, soledad, minusvalía, etc.) que le ha causado dolor, daño y perturbación de su vida, buscando con eso efectos resilientes.

Se le enseña a cómo respirar profundamente y a relajarse cuando viene una emoción sobredimensionada, como, por ejemplo, cuando se enoja demasiado con sus hijos y tiene el impulso de golpearlos. Se le invita a recapacitar en ello y valorar, si vale la pena dañarlos, en función del motivo que, en primera instancia, le provocó tal enojo.

Por lo pronto, atendemos los síntomas de cansancio, tensión, ansiedad u otro, manifestado por la participante, en sesiones anteriores, mediante la estrategia de símbolos. Esta estrategia hipnótica, se le pide a la

persona, que deje a su mente presentar, imaginar o crear, un símbolo que represente el problema que se le está presentando. Para ello, se escucha lo que le sucedió durante la semana, y a partir de ello, podemos sugerir como nombrar a este problema, y en lo sucesivo, durante la hipnosis, se le menciona de esa manera. Después, se le pide que forme otro símbolo, esta vez que represente a sus recursos personales.

El siguiente paso es que, en una misma imagen, coloque ambos símbolos y observe cómo el símbolo de sus recursos personales actúa sobre el símbolo que representa el problema. Posteriormente, se le mantiene en hipnosis con sugerencias de la solución del problema, elaborando, transformando, hasta que obtenga una imagen agradable, donde ya está resuelto el problema, siguiendo con la sugestión modificada de Robles (1990).

*Sugestión hipnótica por medio de símbolos para atender emociones arraigadas en el cuerpo.*

Se induce la hipnosis por relajación, respiración, o sensaciones, para continuar con la siguiente sugestión:

Ahora te voy a pedir que formes, que permitas que tu imaginación forme un símbolo, un símbolo que represente ese dolor, ese dolor de cabeza, esa tensión en el cuello y en las piernas... [se describe el problema que ella presentó antes de iniciar la inducción, como pesadez, cansancio, dolor, o pueden ser varias emociones interrelacionadas, como tristeza, depresión y ansiedad, etc.]. Un símbolo, puede ser una imagen visual, puede ser un sonido, un olor, una sensación en el cuerpo, y va a surgir de la manera que a ti más se te acomode... siente tu respiración y tómate tu tiempo para que surja eso que te ha estado

molestando, representado en un símbolo ¿Ya tienes ese símbolo? [Pausa].

Bien, entonces ahí está, ese [se repite la descripción de la participante del símbolo y se averiguan más detalles sobre ello], ¿Lo puedes escuchar? --- ¿Agudo o grave? [En caso de ser un sonido, o tamaño, color, dependiendo de las posibles características del símbolo] ¿Qué otra característica tiene ese... símbolo? obsérvalo con detenimiento y detecta cómo se siente en el cuerpo. Bien, siéntelo... bien... ¿Tienes alguna otra característica ese símbolo [substituir símbolo por la descripción que ella aporte]? [Pausa y escuchar]. Por ahora, deja que tu mente lo guarde por un momento, en este momento no lo necesitamos... Ahora te voy a pedir que permitas que tu imaginación componga otro símbolo, un nuevo símbolo que represente tus recursos personales, todas tus herramientas, tus cualidades, tus fortalezas,... un símbolo que represente tus recursos personales, todos estos que posees en tu interior, así como en tu exterior, tal cual tú los has usado..., tal vez algunos están un poco olvidados pero ahí están... solo permite a tu imaginación, a través de tu respiración, formule un símbolo de tus recursos personales... que son como herramientas y están en ti, mientras continuas sintiendo tu respiración ¿Ya tienes este símbolo? [pausa para dar tiempo a que responda] observa cómo es, si tiene algún color, tamaño, o lo puedes oír, o sentir en tu cuerpo... o tal vez, está haciendo algo ¿Cómo es? [Escuchar la descripción] entonces es... [se repite la descripción] obsérvala(o), disfrútala(o), sintiendo tu respiración que te acompaña, plazeramente... disfruta las sensaciones que te haga sentir [descripción del símbolo] que te da [se repiten las sensaciones que ella mencione, pero también podemos agregar sinónimos] tranquilidad, comodidad, y te transmite paz, vivacidad, armoniosamente... y todas esas características son tuyas, esa [símbolo] es la representación de tus recursos personales, ahí está

disfrútala(o), saludablemente.... Bien.... ahora te voy a pedir que coloques de nuevo en tu imaginación, ese otro símbolo, el símbolo [descripción del primer símbolo] anterior que representa [decimos la(s) emoción(es) que está trabajando] sácalo de donde estaba guardado ¿Ya lo tienes? [pausa hasta que asienta]. Entonces, ahora que tienes los dos símbolos juntos, permite que el símbolo de tus recursos personales [se repite la descripción] le haga al primer símbolo, lo que le tenga que hacer para transformarlo, modificarlo, eliminarlo, positivamente, saludablemente, tal vez sea necesario que se fundan, se incorpore uno en el otro, se disuelvan y formen otro símbolo... solo siente tu respiración y permite que tu mente elabore lo que ahí tenga que elaborar, reacomode lo que tenga que reacomodar..., [pausa] puede ser en algunas partes del primer símbolo o en su totalidad, como quiera que sea más conveniente... y saludable... para tu bienestar general. Quizás saque partes que no sirvan, para renovarse en una nueva imagen que te genere bienestar, tranquilidad, armoniosamente reestructurado, reacomodado, transformado de una manera saludable y positiva, para ti. Observa cómo son los cambios en tu imagen, qué sensaciones tienes en el cuerpo ¿Cómo es ahora tu imagen? ¿Qué le paso al símbolo que representaba [el dolor, malestar, emoción, etc.]? ¿En qué se transformó? [escuchar su descripción] ¿Qué otra característica tiene este [descripción de la nueva imagen]? [pausa] disfruta esta imagen, observa cada detalle, si tiene movimiento, o permanece en la quietud, si está iluminado o en la oscuridad, qué temperatura tiene, también, si crece... obsérvalo, tal vez tiene algún olor, un sabor, tal vez te provoca una sensación de frescura y esa frescura te trae tranquilidad [asegurarse de que la persona tenga una imagen agradable y se sienta satisfecha con ella, antes de sacarla de la hipnosis, de lo contrario, mantenerla hipnotizada y continuar sugiriendo y se dé tiempo,

respetando su ritmo, para que su mente lo continúe transformando en algo que sea completamente satisfactorio].

Escuchar la experiencia de la participante y comentar proporcionando connotación positiva. Se da por terminada la sesión con la confirmación de la siguiente cita.

***Meta: Límites personales.***

Objetivo: Que la participante reestructure sus límites personales diferenciando hasta dónde llegan sus derechos y hasta dónde los de los demás, a través del fortalecimiento de su autonomía, la renovación y creación de nuevos recursos personales y distinguiendo diferentes papeles que juega en su vida, incluyendo su papel de víctima y de agresora. En la Tabla 14 se concentran los contenidos de esta meta.

Tabla 14

*Contenido de la meta para la reestructuración de límites personales*

Tema	Estrategia	Materiales	Sesión
Comprensión y diferenciación de los límites personales.	Metáfora: La piel órgano límite físico. Sugestión hipnótica, imagino y reconstruyo mis límites personales.	Metáfora. Sugestión hipnótica	10
Reestructuro mi interior.	Sugestión hipnótica para identificar las partes de mi ser, que me componen y las reestructuro.	Cuento: La ciudad de los Pozos, o, narración de: Historia del Águila.	11
Identifico y transformo los papeles aprendidos en la familia y otros escenarios.	Sugestión hipnótica de los distintos papeles en los que se desempeña, aprendidos en a través de la vida familiar y su entorno durante el desarrollo.	Cuento: El elefante encadenado.	12

*Descripción sesión 10. Límites personales. Diferenciación y reestructuración de los límites personales.*

Con esta meta se inicia un proceso de diferenciación, donde la participante pueda distinguir su espacio propio, sus derechos y hasta dónde llegan los de los demás. Aquí se puede enfatizar, si no se ha hecho en la parte del tratamiento correspondiente a psicoeducación, desde un enfoque de equidad de género, la forma en que muchos hombres se toman la libertad, el derecho a poseer, mandar y controlar a su pareja, mujer, como si se tratara de un derecho que les confiere la naturaleza, por ser hombres. Sin embargo, es una creencia aprendida culturalmente y se ha quedado arraigada en nuestras costumbres por mucho tiempo. Se confirman los elementos de los derechos humanos que nos corresponden tanto a hombres, como a mujeres, a cada ser humano, a ser respetado en todo sentido, recordando los derechos básicos vistos en las sesiones donde se trabajó autoestima.

Posteriormente, se ubica a la participante en el concepto de límites personales de acuerdo a la teoría de sistemas (Minuchin, 1979).

Hacemos la equiparación con el órgano más grande de nuestro organismo, la piel. Como la piel nos diferencia, físicamente, entre lo que somos y lo que no somos, además de cumplir con otra función que es la de proteger el interior de nuestro cuerpo, como los músculos, huesos, órganos, etc. Se continúa hablando de la necesidad de tener límites personales a nivel psicológico-emocional y social, para diferenciarnos de las cosas y de las demás personas. Se habla de las reglas sociales, morales, religiosas, u otras, que rigen nuestro comportamiento, y que son límites sociales cuya función es el respeto mutuo, para una mejor convivencia familiar y social. Tanto los límites personales como los sociales, no siempre están bien definidos, lo que los convierte en difusos, o, por el contrario, son rígidos, autoritarios, de acuerdo a las experiencias durante el crecimiento de una persona, de una comunidad o de un país.

Cuando los límites son difusos, se deja pasar cualquier cosa, aunque no la queramos o no nos haga falta. Se plantean algunos ejemplos, como el caso de las personas con diabetes mellitus cuando ingieren ciertos alimentos, incluso cuando saben, los dañan, pero los dejan pasar, los dejan entrar. O, el alcohólico quien sabe el daño ocasionado para sí mismo y para los demás, siempre que bebe en exceso, pero, sigue bebiendo. En cada uno de los miembros de la pareja, tanto el que maltrata como la víctima presentan límites personales difusos, el primero al transgredir los límites del otro, al no respetar la individualidad de la pareja. En el segundo, la víctima, al permitir, tolerar y aceptar el maltrato, sin ponerle un alto, un límite.

Los límites, de igual forma, pueden ser rígidos en donde hay una tendencia a rechazar muchas cosas, aun cuando sabemos que estas nos podrían beneficiar, o reaccionando de la misma manera antes situaciones distintas, a partir de patrones conductuales repetitivos, estereotipados, como el rechazo a alimentarse adecuadamente, con suficientes verduras y beber suficiente agua en el diabético, o para el alcohólico dejar de beber por completo a partir de una promesa temporal. Otro ejemplo, es cuando los padres o madres que ponen reglas muy estrictas y autoritarias a los/as hijos/as aun cuando no tienen la edad para poder llevarlas a cabo.

En el caso de la violencia en la pareja, sus miembros presentan límites personales difusos, pero en cuanto al modo de relacionarse, y vistos como un sistema de pareja, o parental (cuando existen hijos de por medio), se observan límites rígidos presentes en los patrones de conducta estereotipados (Minuchin, 1979), al responder de la misma manera ante situaciones distintas, es decir, en un papel de agresor y de agredida, perpetrador y víctima. Es deseable que la participante, en un momento dado en el transcurso del proceso psicoterapéutico, lo descubra, y sepa qué hacer en lugar de únicamente culpabilizarse.

Por lo anterior, él o la terapeuta, debe estar preparada/o para dar connotación positiva, mostrándole los aspectos positivos de aprendizaje que

toda esa experiencia le pudo haber enseñado, cualquiera que esto sea. O bien, tener un cuento a la mano, como “el elefante encadenado” (descrito en la meta de autoestima) y que muestra, el condicionamiento al que nos vemos expuestos cotidianamente durante el camino de la vida, que les ha dificultado actuar distinto, hasta que puede darse cuenta de tal condicionamiento, y hacer algo al respecto, si así lo decide.

Mientras se va exponiendo el concepto, es importante, hacer pausas para dar oportunidad a la participante de hablar de su experiencia, expresar sus sentimientos, y de integrar este concepto a su realidad.

Posteriormente, se continúa con los límites personales, en relación al espacio. Se realiza un breve ejercicio donde la persona se ponga de pie, levante y extienda uno o ambos brazos, y se le indica que hasta dónde llegan la punta de sus dedos de la mano (izquierda o derecha, según cuál fue la que levantó) es hasta donde está bien permitir la cercanía con una persona que no conocemos. Después, le pedimos que doble el brazo y coloque la mano en la cintura. Entonces le indicamos que hasta dónde llega su codo, probablemente, esté bien permitir que una persona se acerque, si la conocemos, si nos agrada su compañía, etc., pero que habrá otras personas, todavía más cercanas afectivamente, a las que permitimos una mayor proximidad, y pueden hacer demostraciones afectivas con abrazos, y quizás besos. Sin embargo, estas distancias son relativas, lo más importante es permitir hasta dónde una se sienta cómoda con el otro (Katherine, 1999). Se le orientara de esta manera, y se añade la forma en que se espera sean los límites, fuertes, firmes, pero, a su vez, flexibles, para permitir el intercambio equilibrado y saludable con el ambiente (Minuchin, 1979; Robles, 1990; Zeig, 1980).

Entonces se le pregunta ¿Cómo crees que están tus límites personales en estos momentos? Dando oportunidad a que ella responda, sin emitir ningún juicio, se responde a cualquier duda que pueda tener, para facilitar la comprensión del significado de los límites personales, para enseguida

guiarla hacia la inducción hipnótica donde se le va a pedir que permita a su imaginación crear una representación de cómo están en ese momento sus límites personales.

Si los límites han estado difusos por un período muy largo, es decir, si el abuso que sufrió se considera crónico, quizás, tome dos o más sesiones, que ella logre estructurar límites personales sanos y equilibrados. Lo más probable es que sus límites se encuentren sumamente difusos, incluso amorfos, representados con imágenes de nubes, o neblina, por ejemplo. En ese caso, se pueden plantear diferentes tipos de representaciones de límites saludables y flexibles que comúnmente manifiestan otras personas, como una barda, una casa, una granja, u otros, y verificar, en el transcurso de la sugestión, utilice materiales fuertes, resistentes, pero flexibles con ventanas y puertas, para facilitar la entrada y salida de información, según sea necesario y funcional para la participante con respeto a sí misma y hacia los demás (Abia y Robles, 1993) que le permitan estar protegida, más no aislada. Se le da tiempo para que, en el proceso hipnótico, elabore los aspectos pendientes por elaborar, pero también agregando sugerencias de elementos con que construirlos, mediante la siguiente sugestión hipnótica modificada de Robles (1993).

*Sugestión hipnótica, imagino y reestructuro mis límites personales.*

Se comienza hablando en tono suave, hipnótico, sin inducir directamente la hipnosis, todavía: La piel que tenemos nos sirve para protegernos del frío, el sol, de sustancias, o, en el caso de hacernos una cortada, actúa formando una costra, y así nos protege de una infección. De igual forma, nuestra piel, a través de sus pequeños poros, deja entrar cierta cantidad de agua, de rayos de sol, aire. Y, se cierra, para no dejar pasar otras cosas que nos podrían hacer daño, como el polvo, la ceniza, la basura. Por medio de la piel, también podemos sacar cosas de nuestro cuerpo, por medio del

sudor u otras excreciones [al tiempo que se le menciona estas propiedades de la piel u otras, se señala la piel del brazo o mano, mostrando la flexibilidad y resistencia de esta]. La piel es el órgano más grande que tenemos, es fuerte, resistente, y flexible. E igualmente importante, porque nos identifica, nos distingue de las otras personas [Se pregunta] ¿Tienes alguna duda o algo que quiera comentar? Entonces se inicia a inducir la hipnosis.

Bien, ahora vamos a ver cómo están tus límites personales. Con tus ojos abiertos o cerrados, deja que tu cuerpo se relaje, comienza a sentir tu respiración, siente cómo entra y sale el aire y cómo con cada respiración te vas relajando... **Recuerda**, la piel es el límite más fácil de reconocer, nos distingue claramente de los demás, y protege lo que está adentro, de ahí hacia adentro es [nombre de la participante] y de ahí hacia afuera es no- [nombre de la participante]. La piel tiene intercambios con el mundo exterior, a través de los ojos, los oídos, la boca, que dejan pasar lo que nos hace bien y se cierran para dejar afuera lo que podría hacernos daño. Algunas ocasiones los intercambios son para echar fuera lo inservible que si se quedara adentro estorbaría al bienestar. De la misma manera que tenemos una piel, límite físico respecto del exterior, todos necesitamos un límite mental, emocional y social, que puede ser representado como una especie de barda imaginaria, que defina claramente que de ahí hacia adentro es [nombre de la participante] y de ahí hacia afuera es no- [nombre de la participante].

Esta barda o barrera, necesita tener puertas fuertes y seguras que podamos abrir para dejar pasar lo que nos hace bien o echar fuera lo inservible, y que afuera se acomode saludablemente en el lugar que le corresponda. Es importante ir aprendiendo a cerrar automáticamente esa puerta con toda seguridad para dejar afuera lo

que si entrara estorbaría a nuestro bienestar o lo que por cualquier razón saludablemente decidimos dejar afuera. Observa cómo tu mente se encarga de crear una imagen, de cómo están en estos momentos tus límites personales. Es importante ir aprendiendo a cerrar automáticamente esa puerta con toda seguridad para dejar afuera lo que si entrara estorbaría a nuestro bienestar o lo que por cualquier razón saludablemente decidimos dejar fuera... Continúa sintiendo tu respiración saludablemente, y que de esta manera, tu respiración le facilita a tu mente... crear una imagen de tus límites personales, de esa barrera... barrera, sea cual sea la forma que surja en tu imaginación, mientras que tu respiración te provee de esa imagen de tus límites personales ¿Ya tienes una imagen de tus límites personales? [pausa, escuchar su descripción] siente tu respiración y observa sin hacer esfuerzo sin tratar de hacer nada solo observa cómo tu respiración transforma saludablemente automáticamente esa [repetimos la descripción proporcionada por la participante] para que quede claro que de ahí hacia adentro es [nombre de la participante] y de ahí hacia afuera es no- [nombre de la participante], y allá afuera hay cosas en correspondencia saludable contigo, y que esa... [repetir la descripción proporcionada por la participante] está ahí protegiéndote, guardando tu privacidad... para que solo sea visto, cuando tu desees que sea visto, como una buena puerta que puedas abrir y cerrar según necesites... y estás aprendiendo y disfrutando a estar saludablemente protegida [verificar que todo vaya bien] ¿Todas las sensaciones que tiene en tu cuerpo en este momento son placenteras? [Escuchar su respuesta, si la respuesta es negativa, seguir sugiriendo hasta que sean agradables]. Siente tu respiración..., se están activando, y reacomodan automáticamente lo que tengan que reacomodar, de manera que ese [descripción del límite] se convierta en algo que no te trae más que sensaciones saludables y agradables [...] se transforma de manera

agradable y positiva ese [descripción del límite], así, de esa manera, tus recursos personales se encargan de sacar y transformar ese [descripción del límite], en una imagen de tus límites personales claramente definida, para que puedas distinguirla de lo que es [nombre de la participante] y hasta dónde es no-[nombre de la participante] ¿Ya te diste cuenta de cómo tus recursos personales han substituido las sensaciones desagradables por otras más placenteras? [si la respuesta es positiva, continuar, para conducirla al cierre de la inducción]. Aprovechando este espacio y esta seguridad que has logrado construir para ti misma, que has logrado crear a través de estos nuevos límites donde antes había vulnerabilidad, ahora hay seguridad, confianza..., observa, cómo se siente esta seguridad... disfruta de ella, reconócela y hazla tuya... Disfrutando de esta sensación, aprendiendo y disfrutando, a estar saludablemente protegida, disfrutando, estos límites más [como ella los califique... blandos u otro calificativo] pero firmes, resistentes y flexibles, donde no entra nada que haga daño, solo lo que quieras, con estos nuevos límites, flexibles pero firmes, cómodos, protectores, agradables, seguros, gozando de esta sensación, aprendiendo de ella, apropiándote, reconociéndote, en esta transformación..., que da la privacidad que [nombre de la participante] necesita, aprendiendo y disfrutando positivamente a estar resguardada, pero, sin aislamiento... observando su forma de comunicación, dejando fuera lo que hace daño, dejando entrar solo lo que tú deseas y necesitas, cumpliendo su función, de definir lo que está dentro de [nombre de la participante] y fuera es no- [nombre de la participante], aprendiendo y disfrutando de estos nuevos límites, que tú misma has creado, reconociéndote en ellos preparándote para estrenarlos, cuidando detalladamente, su flexibilidad y su firmeza... y observando cómo automáticamente esto sucede...

Disfruta unos momentos más de esta imagen... Bien, ahora, guarda esa imagen, y cuando estés lista, con movimientos voluntarios, regresa aquí conmigo.

Se comentan la experiencia de la participante, y se evalúa si los límites que construyó son funcionales. En ocasiones, la participante, en esta primera sesión de límites personales, solo va a conseguir formar imágenes de objetos fácilmente quebrantables, vulnerables, con lo que pasa de nubes a elementos de cristal o burbujas, u otras, por el contrario, rígidas, como el acero. Es importante no hacerla dudar, porque, de cualquier forma, constituye un avance en la delimitación de sí misma.

Se cierra la sesión con connotación positiva, y se le pide de tarea que observe su comportamiento y cómo se siente durante la semana. Se confirma la cita siguiente.

*Descripción sesión 11. Límites personales. Reestructuro mi interior.*

Para determinar si ya están claramente definidos los límites personales, se continúa con el contenido de la presente sesión (11), se evalúa con la entrevista breve de inicio de sesión, poniendo especial atención a las observaciones que hizo sobre su comportamiento, y en cómo se sintió respecto a sus límites personales, además de preguntarle cómo están sus límites personales en ese momento. La manera más fácil de determinar si ya están o no definidos es cuando aciertan en desenvolverse más en función de sus deseos y necesidades, y no, en los deseos de los demás.

En caso de no estar suficientemente definidos los límites personales, volvemos a realizar la inducción de la sesión anterior (10). Esta vez, con algunas variaciones para permitir que fluyan límites personales más fuertes, resistentes, pero a la vez, flexibles. Si se considera necesario, se puede ampliar una o dos sesiones el tratamiento de esta meta, hasta que la

persona alcance límites con esas características, que la proteja completamente a su alrededor.

Una vez que la participante ha logrado diferenciar, y reafirmar, sus límites personales de manera flexible y saludable, se prosigue con el contenido de la presente sesión.

La distinción de las partes de uno mismo. Es decir, que la participante observe las distintas partes de sí misma con las que manifiestan sus ideas, pensamientos y creencias, muchas veces contradictorias, con deseo ambivalentes, en donde asume, como la tonta, la agresiva, la que es comprensiva, amable, buena madre, la que desea cambiar, la que se resiste a cambiar, etc. Debe percibir las partes de ella misma que la constituyen como persona. Para ello se sugiere que cada uno de esas partes, puede convivir en su interior, comunicándose, aprendiendo unas de otras, porque forman parte de ella, y lo pueden hacer en armonía. Se continúa la inducción con sugerencias de crecimiento y reestructuración en armonía de las partes que en realidad son suyas, y el desecho de partes de otros que han participado en su desarrollo, pero que le han dejado de hacer falta, o de utilidad, mediante la siguiente sugestión modificada de Robles (1993).

*Sugestión hipnótica. Reestructuración de mi interior.*

Te voy a pedir que con ayuda de tu respiración recuerdes la imagen de la semana pasada como era tu barda, la barda [descripción de la representación de sus límites personales] que cada vez va siendo un poco más flexible que la barda que imaginaste, entonces imagina de nuevo tu barda obsérvala bien, a ver si ha tenido cambios desde la semana pasada. Vamos a continuar. Sigue con tu barda, siente tu respiración y observa como ella sola automáticamente está poniendo orden ahí adentro en [nombre de la participante], limpiando,

escombrando y acomodando cada cosa en cada parte, en su lugar, exactamente en su lugar, cada una en relación con las otras, saludablemente, y deja que tu respiración automáticamente abra la puerta de esa [descripción del límite] y deja entrar a cualquier parte de [nombre de la participante] que se hubiera quedado afuera para que tome el lugar que le corresponda dentro de ti y que aproveche para ir sacando el polvo la basura lo que es no [nombre de la participante] así como las cosas que estorban a su bienestar saludable y que son inservibles y no se pueden remodelar y permite que tu respiración, automáticamente... cierre la puerta después, estás aprendiendo a estar dentro de ti, completa y lo disfrutas, positivamente... ¿cómo se siente estar dentro de ti?

Mira adentro las diferentes partes de [nombre de la participante]... está la parte que quiere cambiar y ser mejor, la parte que quiere ser feliz, la parte que no se muestra a los demás, la parte que se resiste a ser feliz, la parte que se niega a darse cuenta de cosas, la parte que critica y quiere castigar, [agregar las descripciones que la participante ha hecho de sí misma, en el transcurso del tratamiento] también se encuentra la parte dependiente, la parte que lastima y agrede, la parte que quiere seguir luchando por cosas mejores, la parte que tolera, la que se reclama por..., también quizá está la parte que es segura de sí misma, la parte tranquila, tal vez la parte rebelde, y la parte, tal vez enojada,... también la parte independiente y la parte efectiva; míralas y fijate bien, como tu respiración se encarga de que estas partes se conozcan, interactúen, se comuniquen..., estas partes se reconozcan, se comuniquen y se pongan de **acuerdo...** y que todas **aprendan...** unas de otras, de manera que todas en equipo colaboren para tu bienestar saludable, disfrutando la vida, disfrutando el momento, placentemente... aprenden **a comunicarse**, producir en equipo ese bienestar saludable... y en armonía ¿Ya te diste cuenta

cómo se están comunicando? Fíjate, cómo al comunicarse permanecen iguales, pero **saludablemente** renovadas y ahora, date cuenta de cómo sus distintas partes disfrutan trabajando en equipo, con tu respiración y **renovándose** saludablemente, están dirigiendo todas sus experiencias de vida, tus experiencias desde el momento, tal vez, desde el momento en el que naciste, y al dirigiérlas, tus distintas partes se están nutriendo al tomar y acomodar todo lo que le sirve para crecer armoniosamente, para fortalecerse, todas estas partes se están nutriendo, con todos los aprendizajes.... Advierte cómo a la vez, ahí se están desechando todo lo que estorba a tu bienestar saludable, descubre como tus diferentes partes están revisando, clasificando, todo lo que recibiste a través de la familia, de tus hermanos, tus hermanas, de papá, de mamá, los tíos, las tías, y de los abuelitos; date cuenta de cómo las partes de tu ser, continúan recorriendo tu historia... arreglando y modificando automáticamente todo lo que sea necesario arreglar, y la armonía de [nombre de la participante] con el mundo de afuera, fíjate bien... ¿ya te diste cuenta cómo lo están haciendo? De esta forma todas las partes de ti misma, colaboran como un equipo ¿Has echado fuera algunas cosas? [Pausa, escuchar la respuesta de la participante] muy bien, entonces estás aprendiendo a desechar cosas que te estorbaban y ahora estás aprendiendo a limpiarlas a sacarlas a renovarlas para tu bienestar saludable [Verificar que todo va bien] ¿Cómo te sientes? ¿Cómo es ahora tu imagen?

Escuchar su respuesta, y si es positiva, la invitamos a salir de la hipnosis; si todavía observa cosas confusas o siente algún malestar en el cuerpo, se continúa trabajándolo con el refuerzo de sus recursos personales, relajación y respiración para que permita que esa confusión y/o malestar en el cuerpo desaparezcan, dejando en su lugar, una imagen y

sensaciones agradables, y, finalmente, cerrar la hipnosis trayéndola al aquí y ahora.

Para los propósitos de esta sesión, puede ser utilizado el cuento “La ciudad de los pozos” (Bucay, 2006) en lugar o, además, de la inducción antes descrita, dependiendo de la dificultad de la participante en diferenciar sus diferentes partes internas.

*La ciudad de los pozos.*

Esta ciudad no estaba habitada por personas, como todas las demás ciudades del planeta.

Esta ciudad estaba habitada por pozos. Pozos vivientes... pero pozos al fin. Los pozos se diferenciaban entre sí, no solo por el lugar en el que estaban excavados, sino también por el brocal (la abertura que los conectaba con el exterior). Había pozos pudientes y ostentosos con brocales de mármol y de metales preciosos; pozos humildes de ladrillo y madera, y algunos otros más pobres, con simples agujeros pelados que se abrían en la tierra. La comunicación entre los habitantes de la ciudad era de brocal a brocal y las noticias cundían rápidamente, de punta a punta del poblado. Un día llegó a la ciudad una “moda” que seguramente había nacido en algún pueblito humano: La nueva idea señalaba que todo ser viviente que se precie debería cuidar mucho más lo interior que lo exterior. Lo importante no es lo superficial, sino el contenido. Así fue cómo los pozos empezaron a llenarse de cosas. Algunos se llenaban de cosas, monedas de oro y piedras preciosas. Otros, más prácticos, se llenaron de electrodomésticos y aparatos mecánicos. Algunos más optaron por el arte y fueron llenándose de pinturas, pianos de cola y sofisticadas esculturas posmodernas. Finalmente, los intelectuales se llenaron de libros, de manifiestos ideológicos y de revistas especializadas. Pasó el

tiempo. La mayoría de los pozos se llenaron hasta tal punto que ya no pudieron incorporar nada más. Los pozos no eran todos iguales así que, si bien algunos se conformaron, hubo otros que pensaron que debían hacer algo para seguir metiendo cosas en su interior... Alguno de ellos fue el primero: en lugar de apretar el contenido, se le ocurrió aumentar su capacidad ensanchándose. No paso mucho tiempo antes de que la idea fuera imitada, todos los pozos gastaban gran parte de sus energías en ensancharse para poder hacer más espacio en su interior. Un pozo, pequeño y alejado del centro de la ciudad, empezó a ver a sus camaradas ensanchándose desmedidamente. Él pensó que, si seguían hinchándose de tal manera, pronto se confundirían los bordes y cada uno perdería su identidad... Quizás a partir de esta idea se le ocurrió que otra manera de aumentar su capacidad era crecer, pero no a lo ancho sino hacia lo profundo. Hacerse más hondo en lugar de más ancho. Pronto se dio cuenta que todo lo que tenía dentro de él le imposibilitaba la tarea de profundizar. Si quería ser más profundo debía vaciarse de todo contenido... Al principio tuvo miedo al vacío, pero luego, cuando vio que no había otra posibilidad, lo hizo. Vacío de posesiones, el pozo empezó a volverse profundo, mientras los demás se apoderaban de las cosas de las que él se había deshecho... Un día, sorpresivamente el pozo que crecía hacia adentro tuvo una sorpresa: ¡adentro, muy adentro, y muy en el fondo encontró agua!!! Nunca antes otro pozo había encontrado agua... El pozo superó la sorpresa y empezó a jugar con el agua del fondo, humedeciendo las paredes, salpicando los bordes, y, por último, sacando agua hacia fuera. La ciudad nunca había sido regada más que por la lluvia, que de hecho era bastante escasa, así que la tierra alrededor del pozo, revitalizada por el agua, empezó a despertar. Las semillas de sus entrañas, brotaron en pasto, en tréboles, en flores, y en tronquitos endebles que se volvieron árboles después...

La vida explotó en colores alrededor del alejado pozo al que empezaron a llamar “El Vergel”. Todos le preguntaban cómo había conseguido el milagro. Ningún milagro-, contestaba el Vergel, hay que buscar en el interior, hacia lo profundo... Muchos quisieron seguir el ejemplo del Vergel, pero desanduvieron la idea cuando se dieron cuenta de que, para ir más profundo, debían vaciarse. Siguieron ensanchándose cada vez más para llenarse de más y más cosas... En la otra punta de la ciudad, otro pozo, decidió correr también el riesgo del vacío... Y también empezó a profundizar... Y también llegó al agua... Y también salpicó hacia fuera creando un segundo oasis verde en el pueblo... ¿Qué harás cuando se termine el agua?, le preguntaban. No sé lo que pasará, contestaba-. Pero, por ahora, cuánto más agua saco, más agua hay. Pasaron unos cuantos meses antes del gran descubrimiento. Un día, casi por casualidad, los dos pozos se dieron cuenta de que el agua que habían encontrado en el fondo de sí mismos era la misma... que el mismo río subterráneo que pasaba por uno, inundaba la profundidad del otro. Se dieron cuenta de que se abría para ellos una nueva vida. No sólo podían comunicarse, de brocal a brocal, superficialmente, como todos los demás, sino que la búsqueda les había deparado un nuevo y secreto punto de contacto: La comunicación profunda que sólo consiguen entre sí, aquellos que tienen el coraje de vaciarse de contenidos, y buscar en lo profundo de su ser lo que tienen para dar....

Se comentan las experiencias de la participante, a qué conclusiones llega, y se proporciona connotación positiva. Se fija la siguiente cita.

*Descripción sesión 12. Límites personales: Identifico y transformo los papeles con los que me desenvuelvo.*

En esta sesión se habla de las máscaras que las personas solemos utilizar para encubrirnos, aparentar, ocultarnos de los demás. Si bien, en el tema anterior se trabajó con los papeles de la persona, estos fueron a nivel interno, es decir, a nivel de su pensamiento y creencias que ella tiene de sí misma, que constituyen, en buena medida, una parte de la autoestima. Ahora se trata de trabajar con los papeles que jugamos socialmente, hacia el exterior, la forma en que nos presentamos ante los demás.

Se procede a la sugestión hipnótica “nuestros disfraces”, modificada de Robles (1993), en donde la participante va tener la posibilidad de revisar y modificar los papeles en los que se desenvuelve en la familia y socialmente. Esta sugestión implica que observe los papeles en los que se desenvuelve, simbolizados en disfraces o máscaras, que va a probarse y ver cómo le van actualmente, si le gustan, si está cómoda utilizándolos o no. Los que le vienen bien, los puede conservar, los que le quedan grandes, chicos o están desgastados, tiene la posibilidad de rehacerlos, componerlos, arreglarlos, si así lo desea, destruirlos, y, a partir de la materia prima que queda de ellos, construir otros que le vayan mejor, o bien, construir nuevos. Una vez que están ajustados, arreglados y limpios, se le sugiere acomodarlos en un lugar seguro donde estén a su alcance, y observe cómo se convierten en recursos personales, a partir de los cuales puede construir nuevos aprendizajes o perspectivas acerca de los temas que a ella más le preocupen.

*Sugestión hipnótica nuestros disfraces.*

Antes de iniciar la sugestión, exponemos a la participante en qué consiste la estrategia, en dónde se le va a pedir que imagine los disfraces que utiliza

en la vida. También que las personas en general utilizamos formas de interrelacionarnos, y que las vamos a nombrar disfraces, o les podemos llamar máscaras, que son los papeles con los que nos presentamos ante los demás. Nombramos algunos, como el de madre abnegada, esposa perfecta, hija preferida, la recogida, la abandonada, la víctima, la de (estudiante) sabelotodo, etc., con los que estamos acostumbrados a actuar. Algunos disfraces que utilizaron las participantes son: el de generala donde se representa en un papel de mandar, de autoridad en el hogar; de payaso porque de cualquier situación hace chistes; un mandil, etc.

Se revela cómo algunos de ellos ya están tan pegados o arraigados en nuestro comportamiento cotidiano que es difícil distinguir si es parte de nosotros, de nuestro ser, o si se trata de un disfraz más, con el que nos protegemos. Preguntamos si hay dudas. Si las hubiere, dar respuesta, y si no, se continúa con la pregunta sobre los disfraces en los que ella más se reconoce: ¿Qué disfraces utilizas con más frecuencia? Es probable que responda, no sé, en ese caso, afirmamos que está bien que no pasa nada. Se le dice: “Deja que tu imaginación te los presente automáticamente”. Entonces, se procede con la inducción y sugestión hipnótica. Si, por el contrario, comenta uno o más, se esclarece cada uno haciendo preguntas como las siguientes: ¿Cómo es ese disfraz? ¿Te queda bien? ¿Te gusta? ¿Qué cambios le harías? ¿En qué ocasiones lo utilizas? etc. De esta forma, al iniciar la hipnosis, la participante se encuentra muy preparada en lo que va suceder en su imaginación y le aprovisiona de seguridad y confianza.

Se induce por relajación, la atención en la respiración o por sensaciones, y se continúa:

Te voy a pedir que con ayuda de tu respiración recuerdes la imagen de la semana pasada como era esa imagen desde adentro, en tu esencia, en tu estructura, haciendo surgir de ella, saludablemente, formas nuevas, diferentes, de relacionarte con [nombre de la participante]...

¿Ya te fijaste cómo está ahora? Bien, ahora..., aprecia cómo es ese disfraz, o cómo son esos disfraces, que te etiquetan. Esos disfraces en muchas ocasiones limitan tus acciones, algunos pueden llevarse cómodamente; disfraces que tal vez ya están muy pegados a la piel y que cuesta trabajo quitar. Disfraces que quizás te quedan muy grandes o te quedan muy apretados. Puede haber algún disfraz que no te guste, uno que sí te guste. Puedes visualizar esos disfraces, dónde están guardados, si están acomodados de la manera en que a ti te gustan. Visualiza la imagen de esos disfraces. ¿Cómo te sientes al ver esos disfraces al imaginártelos? ¿Cómo son esos disfraces? [pausa para dar tiempo a que responda la participante]. Prueba cada uno, observa cómo te quedan, cómo te hacen sentir.

Percibe cómo es ese [descripción de alguno de los disfraces] que tú utilizabas [decir el momento en que la participante lo utilizaba], tal vez, para no tomar decisiones, o alguna responsabilidad; deja que tu respiración y tus recursos personales lo transformen, haciéndole lo que sea necesario para ajustarlo, para hacerlo cómodo, o bien, descartarlo si eso es preferible para estos momentos de tu vida... tómate tu tiempo, siente tu respiración y cuando estés lista, pasa a probarte otro disfraz, date cuenta cómo es este, qué cambios son necesarios hacerle para que sea cómodo, de tu talla, asegúrate de que no te quede ajustado ni flojo, sino perfectamente a tu tamaño; continúa sintiendo tu respiración, mientras tu imaginación continúa mostrándote todos y cada uno de tus disfraces que te han acompañado toda la vida; midiéndote... arreglando los que necesitan reparaciones..., limpiándolos; tal vez, algunos ya están inservibles, en ese caso tú decides si los dejas ir con tu respiración, o si permanecen para su remodelación; cualquiera que sea tu opción, concede que tus recursos personales agilicen el continuo proceso de acomodación..., de

elaboración..., saludablemente... a su ritmo, disfrutando de esa imagen y de todos los ajustes.

Repara en ti misma con otro disfraz, si te sirve ¿De qué manera te podría servir? ¿Qué arreglos le puedes hacer a ese disfraz? mientras sigues sintiendo tu respiración, cómo entra y cómo sale el aire, y tu respiración automáticamente hace los cambios y las transformaciones a ese disfraz. Date cuenta cómo te sientes con él, con los cambios que se están dando desde este momento... ¿Ya notaste cómo ha ido cambiando ese disfraz y todos los demás? [pausa para dar tiempo a que responda la participante] ¿Cómo te sientes ahora? [pausa para dar tiempo a que responda la participante].

Descubre en tu imagen cómo se están dando los cambios y las transformaciones positivas a este disfraz. Tal vez se trataba de un disfraz que ya no utilizabas tanto como antes, pero a lo mejor te puede seguir sirviendo. Date cuenta de cuáles serían las ventajas de conservarlo o de deshacerte de él..., y cuáles serían las desventajas de ello. Bien, asegúrate de que todos los disfraces que te probaste, y que tus recursos personales fueron transformando, estén completamente cómodos, seguros, y han dejado de estar pegados a tu piel... de tal manera que tú te quedes conforme, si te lo vas a quedar, va a ser un disfraz fácil de quitar, con el que puedas respirar cómodamente, con el que te puedas mover con facilidad, a gusto o un disfraz que puedas sacar, si te das cuenta que lo has dejado de necesitar, a tu modo, a tu gusto, saludablemente... Ahora, distingue en qué momentos puedes utilizar cada uno de ellos, en qué momentos es mejor guardarlo..., automáticamente a través de tu respiración, se van dando estos cambios, estas transformaciones positivamente, sanamente, automáticamente mientras continúas sintiendo tu respiración.

¿Cómo te sientes [nombre de la participante]? [pausa para dar tiempo a que responda la participante]. [Es importante asegurarse de

que todo esté bien. Si todo va bien continuar] es el momento de acomodar todos los disfraces con los que decidiste quedarte... En este momento, dales un último vistazo a estos disfraces, reparando en que ahora ya los reconociste, están limpios..., ubicados..., reparados, y, desechados los había que desechar. Ahora, poco a poco, regresa con movimientos voluntarios, poco a poco... cuando estés lista puedes abrir los ojos.

También se puede utilizar en lugar de la sugestión anterior, o, además, la “Historia del Águila” de autor anónimo.

*La historia del Águila.*

El águila es el ave que posee mayor longevidad de su especie. Llega a vivir hasta setenta años. Pero para llegar a esa edad, a los cuarenta años tiene que tomar una seria y difícil decisión. A los cuarenta ella está con sus uñas largas y flexibles, no consigue agarrar más a sus presas de las cuales se alimenta. Su pico largo y puntiagudo se curva. Apuntando hacia el pecho están las alas, envejecidas y pesadas en función del grosor de las plumas, y volar se le hace muy difícil. Entonces el águila sólo tiene dos alternativas: morir o enfrentarse a un doloroso proceso de renovación que dura ciento cincuenta días.

Ese proceso consiste en volar a lo alto de una montaña y recogerse en un nido próximo a un acantilado donde no necesite volar. Entonces, después de encontrar ese lugar, el águila empieza a golpear su pico contra una pared hasta conseguir arrancárselo.

Después de arrancárselo, espera a que le nazca un nuevo pico, con el cual después se arrancará las uñas. Cuando las nuevas uñas comienzan a nacer, comienza a arrancarse las viejas plumas. Solo

cinco meses después sale en un hermoso vuelo de renovación para vivir durante treinta años más.

Para cerrar, se comenta la experiencia de la participante, se provee de connotación positiva y se concreta la próxima cita.

**Meta: Toma de decisiones.**

Objetivo: Que la participante identifique el problema, lo defina, genere soluciones alternativas, tome decisiones y verifique la solución escogida.

*Descripción sesión 13: Toma de decisiones: solución de problemas cotidianos.*

En la Tabla 15 se muestra la descripción resumida de la meta de la Toma de decisiones.

Tabla 15

*Toma de decisiones*

Tema	Estrategias	Materiales	Sesión
Identificación de un problema y la definición del mismo.	Definición de un problema y generación de alternativas.	Cuentos: El Centauro, y/o	13
Generación de alternativas de solución.	Lectura de cuento(s). Estrategia de búsqueda de excepciones, y, Más de lo mismo.	Animarse a volar. Lápiz y papel.	
Tome una decisión y verifique su solución.	El problema resuelto, que pasos dio para ello. Hipnosis: Símbolos, se puede utilizar para la solución de problemas del pasado (opcional).	Sugestión hipnótica: Ensayo. Sugestión hipnótica: símbolos.	14

A partir de lo anterior, se da inicio a la sesión hablando de los eventos ocurridos en la semana en la vida de la participante. Si surge un problema

que ya la participante presenta, se puede trabajar en él, de lo contrario, se le pregunta a la participante acerca de un problema ya resuelto, y uno que quiera resolver ahora. Partamos de alguno que ya ha resuelto.

Primero, se define el problema, de modo que esté claro para ambas partes, terapeuta-participante; segundo, se desglosan qué pasos siguió para tomar la decisión y cuál fue la solución al problema, a lo cual se dará connotación positiva conforme sea conveniente, incluso cuando, ella o la terapeuta pudieran pensar que no fue la mejor solución, mostrando en qué fue lo que sí fue de utilidad de esa decisión. De esta forma, se hace uso del principio de utilización ericksoniana (O'Hanlon, 1989). Pero, especialmente, se debe detectar si la participante está satisfecha con la decisión tomada, y cuáles han sido las consecuencias, ya sean positivas o negativas. Aquí es importante mencionar que hay distintos modos de solucionar un problema, pero dependerá del grado de dificultad, la revisión de las posibles consecuencias positivas o negativas a corto, mediano y largo plazo, de cada una de las alternativas con las que se cuente para acertar a la mejor posible en esos momentos. Se hace hincapié en la responsabilidad que ello conlleva.

En esta parte de la sesión, él/la terapeuta aprovecha para determinar cuáles han sido las formas de afrontar los problemas de la participante.

Hacemos una distinción entre dos tipos de problemas, en los que la decisión afecta de manera importante el curso de la vida, y los problemas cotidianos cuyas consecuencias son a corto y medio plazo. Se señalan algunos ejemplos de problemas, digamos del tipo 1, donde el impacto de la decisión que tomemos, tiene la posibilidad de afectar el curso de la vida, y generalmente se trata de decisiones únicas con pocas alternativas. El otro tipo de problemas o conflictos, a los que denominamos, para el propósito de la presente disertación, del tipo 2, donde el impacto, de la decisión que se tome para resolverlo suele ser a corto o medio plazo, es relativamente de menor grado, y se puede optar por otras decisiones si no se está satisfecha

con los resultados obtenidos con la solución inicial. Generalmente, estos problemas o conflictos, del tipo 2, tienen más relación con situaciones cotidianas, o de hábitos.

De igual forma, se incide en la complejidad de unos y otros, y, por ende, unos serán más fáciles de resolver, que otros. Pero, de cualquier forma, siempre será mejor tomar una decisión.

Se proporcionan ejemplos de problemas del tipo 1, como pueden ser la solicitud del divorcio, separarse temporal o permanentemente de su pareja, denunciar o no a su pareja, cambios de domicilio o de ciudad, u otros relacionados como hablar con la pareja, si permanecer en la relación de pareja, y bajo qué condiciones, o la división de bienes en el caso de separación, así como la determinación de la pensión para los/as hijos/as, u otros en cuanto al cuidado de salud ante enfermedades de cuidado intensivo, etc. Igual, puede ser en relación a los/as hijos/as, si se quedan con el padre o se van con ella, su educación, necesidades inmediatas que se tienen que cubrir para evitar consecuencias de mayor magnitud, etc. Al tratarse de problemas de mayor trascendencia y probablemente con pocas alternativas, es necesario ocuparse con más detalle en la táctica y pasos para llevarlas a cabo. Como también puede ser el caso de hábitos del cuidado de la salud en enfermedades crónicas, como diabetes, hipertensión, obesidad, etc.

Continuamos con ejemplos del tipo 2, como pueden ser dificultades con los/as hijos/as para que hagan sus deberes, adquisición de servicios, etc. Podemos complementarlo con ejemplos de problemas sencillos y sin trascendencia directa, como ir al cine o no, o qué película ver, a diferencia de otros de mucha mayor trascendencia, como el hecho de tener un enfermo en casa el cual es necesario hospitalizar, y no se cuenta con servicios de salubridad y recursos económicos para ello. Una mejor opción, es mencionar problemas o conflictos, que, como terapeuta, se le han

escuchado a la participante en el transcurso del tratamiento, incluyendo problemas o conflictos ya resueltos, proporcionando connotación positiva.

Es importante mantener la escucha activa, por lo que vamos haciendo pausas para dar oportunidad a la participante de comentar sus propias experiencias, solo evitando que se salga del contenido que se está tratando en la sesión. A continuación, se procede con la lectura del cuento de “El Centauro Indeciso” de Wolf (2009), donde se observa cómo un personaje puede perecer por la indecisión, por la evitación a comprometerse con la toma de una decisión. El cual tiene la finalidad de que la participante, precisamente, tome una decisión, asumiendo la responsabilidad que esto conlleva. Es decir, decidirse (atreverse) a decidir en su vida.

*El centauro indeciso.*

Casi llegando a Dolores yo vi un centauro. Estaba parado a cincuenta metros de la ruta. Mitad hombre, mitad caballo. Mitad caballo, mitad hombre. El centauro quería comer porque era pasada la hora de la merienda. A su derecha se extendía un campo jugoso de alfalfa fresca. A su izquierda, un campo de choripán ¿Qué cómo? -dijo- ¿Alfalfa o choripán? ¿Choripán o alfalfa? Dudaba. Y tanto dudó que se fue a dormir sin comer. ¿Dónde duermo? -dijo- ¿En una cama o en un establo? ¿En un establo o en una cama? Dudaba. Y tanto dudó que se quedó sin dormir. Mucho tiempo sin comer y mucho tiempo sin dormir, el centauro se enfermó. ¿A quién llamo? -dijo- ¿Al médico o al veterinario? ¿Al veterinario o al médico? Dudaba. Y tanto dudó que se murió. ¿Dónde van los centauros cuando mueren? - me dije entonces yo. Y como no lo sé, agarré y lo resucité.

Terminada la lectura, se invita a la participante a comentar sus conclusiones del cuento, y se complementa con la eterna indecisión de “El Centauro”, y como es mejor tomar una decisión, independientemente de estar o no, completamente seguro de ser la mejor solución.

A partir de esta diferenciación del tipo de decisiones por tomar, dependiendo del grado de la dificultad del problema, se procede por dos métodos distintos. En esta primera sesión de toma de decisiones, comenzamos con problemas del tipo 2, para resolver cosas inmediatas que le estén afectando a la participante, a través de las estrategias de “búsqueda de excepciones” y “más de lo mismo”.

En este momento se retoma el problema presentado al inicio de la sesión por la participante, aún sin resolver. La participante le dará un nombre (problema X). Se le apoya en su definición, asegurando de ser palpable para ambas, participante-terapeuta, al mantener escucha activa y devolver nuestras observaciones de forma refleja para confirmar lo entendido. “Déjeme ver si he comprendido”, “Ud. me dice que...” [se expresa lo escuchado, parafraseando el modo de comunicación, pero utilizando las palabras claves que ella utilizó, de tal forma que se conserve su mismo lenguaje].

Una vez definido el problema, se procede con la primera estrategia, la búsqueda de excepciones (De Shazer, 1997). Esta consiste en indagar, cuál es el patrón de comportamiento de los involucrados en la situación, cómo son sus interacciones y a partir de ello, qué hace quien, y en qué momento lo hace, qué ocurre antes de que ocurra la conducta o situación problema y qué ocurre después. Entonces, se apoya a la participante para que busque, las veces donde la situación ha sido diferente, si el resultado ha sido el esperado o lo más cercano a lo deseado. Esto constituye la excepción, ya que con frecuencia se tiene la tendencia a decir, la palabra “siempre”, “siempre sucede de cierta manera”. Cuando en realidad hay diferencias, algunas veces mínimas, a pesar de tratarse de patrones de

comportamiento sumamente estereotipados. Para facilitar la búsqueda, se le puede preguntar por las acciones tomadas o los intentos por resolver el problema o conflicto. Aquí es importante centrarse en los detalles de cuando **no** se presentó el problema o conflicto, qué cosas hizo diferentes la participante. Las diferencias que nos proporcionan otras opciones, otra visión de las cosas, y son excepciones que se valoran.

Se observa si esa excepción es factible, es decir, si no afecta o deteriora su vida, o la de alguien más, sino por el contrario, beneficia la sana convivencia. Si se considera factible, se prescribe hacer más de lo mismo, es decir, cada vez que se le presente esa situación conflictiva responder de esta otra manera, con la respuesta de la excepción, en la que la situación tiene los resultados positivos esperados y no se desata el conflicto. Con ello, deja de ser la excepción y se dispone en un nuevo patrón de interacciones más funcionales y saludables.

En el caso de tratarse de excepciones no factibles, por ser destructivas, se ofrecen acciones alternativas que podría tomar. Al igual que cuando nos encontremos con rechazo o negación de la participante a encontrar las excepciones, en tal caso, podemos hacer preguntas sugerentes como ¿ha probado hacer 'x'...? ¿Y qué tal 'y' o 'z'? probablemente, con eso sea suficiente, para que ella comparta esas experiencias, pero si no lo fuera, se cuestiona sobre cuál considera, de entre esas opciones, podría ser una alternativa plausible para ella en el problema planteado. A la que se determine como mejor solución, se le pide que pruebe esa opción durante la semana y que la siguiente cita pudiera hablar de cómo le fue en el intento. Haciendo hincapié en que es un intento, no necesariamente la solución definitiva.

Para cerrar la sesión se le relata una metáfora, como la del llavero lleno de llaves, y cómo estas llaves buscan puertas para abrir, esperando ella abra alternativas de solución.

*Descripción sesión 14. Toma de decisiones: solución de problemas 2.*

Para iniciar la sesión se pregunta sobre el problema de la semana pasada, si se dio la oportunidad de ponerlo en práctica. Si lo hizo, se escucha la descripción detallada de cómo lo realizó, se proporciona connotación positiva, se apoya en analizar los resultados, y si es necesario, se facilita la búsqueda de otras alternativas para mayor satisfacción de la participante. Posteriormente, se pasa directamente al otro método para la toma de decisiones, cuando se trata de problemas del tipo 1, de mayor trascendencia.

Pero, en el caso de no haber hecho la tarea de probar una solución, se escuchan sus motivos y se proporciona connotación positiva. Es probable que se conduzca con miedo a correr riesgos, ante lo cual es importante empatizar y revisar con ella, qué es lo que le causa tal miedo. En tal caso, se procede con la lectura del cuento “Animarse a volar” (Bucay, 2006).

*Animarse a volar.*

Y cuando se hizo grande, su padre le dijo:

-Hijo mío, no todos nacen con alas. Y si bien es cierto que no tienes obligación de volar, opino que sería penoso que te limitaras a caminar teniendo las alas que el buen Dios te ha dado.

-Pero yo no sé volar – contestó el hijo.

-Ven – dijo el padre.

Lo tomó de la mano y caminando lo llevó al borde del abismo en la montaña.

-Ves hijo, este es el vacío. Cuando quieras podrás volar. Sólo debes pararte aquí, respirar profundo, y saltar al abismo. Una vez en el aire extenderás las alas y volarás...

El hijo dudó.

- ¿Y si me caigo?

-Aunque te caigas no morirás, sólo algunos machucones que harán más fuerte para el siguiente intento –contestó el padre.

El hijo volvió al pueblo, a sus amigos, a sus pares, a sus compañeros con los que había caminado toda su vida.

Los más pequeños de mente dijeron:

- ¿Estás loco?

- ¿Para qué?

-Tu padre está delirando...

- ¿Qué vas a buscar volando?

- ¿Por qué no te dejas de pavadas?

-Y, además, ¿quién necesita?

Los más lúcidos también sentían miedo:

- ¿Será cierto?

- ¿No será peligroso?

- ¿Por qué no empiezas despacio?

-En todo caso, prueba tirarte desde una escalera.

-... O desde la copa de un árbol, pero... ¿desde la cima?

El joven escuchó el consejo de quienes lo querían.

Subió a la copa de un árbol y con coraje saltó...

Desplegó sus alas.

Las agitó en el aire con todas sus fuerzas... pero igual... se precipitó a tierra...

Con un gran chichón en la frente se cruzó con su padre:

- ¡Me mentiste! No puedo volar. Probé, y imira el golpe que me di! No soy como tú. Mis alas son de adorno... – lloriqueó.

-Hijo mío – dijo el padre – para volar hay que crear el espacio de aire libre necesario para que las alas se desplieguen.

Es como tirarse en un paracaídas... necesitas cierta altura antes de saltar.

Para aprender a volar siempre hay que empezar **corriendo un riesgo**. Si uno no quiere correr riesgos, lo mejor será resignarse y seguir caminando como siempre.

Se escuchan las conclusiones a las que llega la participante y se plantean formas de afrontar los temores.

A continuación, se introduce este otro método para tomar una decisión, el cual, puede resultar eficaz para ambos tipos de problemas.

Se pide a la participante la definición del problema, de la misma forma que hicimos la sesión anterior. Una vez definido, se facilita la generación de alternativas de solución, con preguntas como: ¿De qué forma ha pensado, podría resolver este problema? Se pide a la participante que haga una lista de soluciones alternativas para el problema, tantas como pueda, sin pensar, todavía, la viabilidad de las mismas o sus consecuencias. Cuando termina la lista, se hace una pausa para dar lectura al cuento: “El florero de porcelana” anónimo.

*El florero de porcelana.*

El Gran Maestro y el Guardián se **dividían la administración** de un Monasterio Zen. Cierta día, el Guardián murió y fue preciso sustituirlo. El Gran Maestro reunió a todos los discípulos para escoger quién tendría la honra de trabajar directamente a su lado.

“Voy a presentarles un problema”, - dijo el Gran Maestro, - “y **aquél que lo resuelva primero**, será el nuevo guardián del Templo”.

Terminado su corto discurso, colocó un banquillo en el centro de la sala; encima estaba un **florero de porcelana seguramente carísimo**, con una rosa roja que lo decoraba.

- “Éste es el problema”-, dijo el Gran Maestro - **“resuélvanlo”** .

Los discípulos contemplaron perplejos el “problema”, por lo que veían los diseños sofisticados y raros de la porcelana, la frescura y la elegancia de la flor.

¿Qué representaba aquello? ¿Qué hacer? **¿Cuál sería el enigma?**

Pasó el tiempo sin que nadie atinase a hacer nada salvo contemplar el “problema”, hasta que uno de los discípulos se levantó, miró al Maestro y a los alumnos, caminó resueltamente hasta el florero y lo tiró al suelo, **destruyéndolo**.

¡Al fin alguien lo hizo! – exclamó el Gran Maestro – ¡Empezaba a dudar de la formación que les hemos dado en todos estos años! Usted es el nuevo guardián.

Al volver a su lugar el alumno, el Gran Maestro explicó: “Yo fui bien claro: dije que ustedes estaban delante de un “problema”. **No importa cuán bello y fascinante sea un problema, tiene que ser eliminado**.

Un problema es un problema; puede ser un florero de porcelana muy caro, un lindo amor que ya no tiene sentido, un camino que precisa ser abandonado, por más que insistimos en recorrerlo porque nos trae confort... Solo existe una manera de lidiar con un problema: **atacándolo de frente**.

En esas horas, no se puede ser tentado por el lado fascinante que cualquier conflicto acarrea consigo.

Recuerda que **un problema, es un problema**. No tiene caso tratar de “acomodarlo” y darle vueltas, si al fin y al cabo ya no es otra cosa más que “UN PROBLEMA”.

Déjalo, hazlo a un lado y **continúa disfrutando de lo hermoso** y lo que vale la pena en la vida.

**¡No huyas de él... acaba con él!**

Se comentan las ideas que le surgieron a la participante acerca del cuento. Aquí es importante verificar que la participante esté decidida a tomar decisiones para continuar.

La siguiente parte es revisar la lista de las alternativas de solución planteadas por la participante, analizando las posibles consecuencias, ya sean positivas (ventajas) o negativas (desventajas) de cada una de ellas. Se le brinda apoyo empáticamente respecto a sus pensamientos (críticas de otros o autocríticas) y sentimientos (temor, ansiedad, culpa), causados por la inclinación hacia una u otra decisión. La apoyamos para que tome la que más le convenga. Se debe evitar por completo tomar la decisión por ella.

Al cerrar la sesión, resumimos este método para la toma de decisiones y solución de problemas.

### ***Meta: Comunicación asertiva.***

En esta meta se busca que la participante adquiera estrategias de comunicación asertiva. En la Tabla 16 se concentran los contenidos de las dos sesiones relativas a la comunicación asertiva.

Tabla 16  
*Comunicación asertiva*

Tema	Estrategia	Materiales	Sesión
¿Qué es la comunicación asertiva?	Componentes de la comunicación asertiva. Desempeño de papeles.	Ninguno.	15
Derechos asertivos.	Derechos asertivos. Sugestión hipnótica: Ensayo.	Ninguno.	16

*Descripción sesión 15. Comunicación asertiva.*

Al llegar a esta meta, se espera que la participante ya hubiera alcanzado algunos aprendizajes respecto a la comunicación, pues se fueron introducidos en el transcurso de todo el proceso terapéutico, donde la/el terapeuta fue modelando cómo esclarecer un mensaje, asegurando de que, tanto participante, como terapeuta, llegaran al mismo significado en el diálogo establecido, buscando que el mensaje fuera claro y sencillo.

Se inicia por retomar la solución de problemas y toma de decisiones que le precedió a esta meta. Se indaga acerca de si se comunicó a los involucrados la decisión que había tomado, y si lo hizo, cómo lo hizo y cuál fue el resultado. Tanto si llevó, o no, a cabo la decisión, se proporciona connotación positiva, se trabajan las inquietudes al respecto, abriendo paso al tema de la comunicación, donde la falta de la habilidad de comunicarse asertivamente puede dificultar llevar a cabo una decisión.

De igual forma, se verifica si ya ha logrado exitosamente reestructurar sus límites personales, al poder diferenciar sus necesidades de las de los demás, y actuar conforme a sus necesidades, sentimientos y pensamientos, respetando hasta donde llegan los de los demás. De esta forma, es de esperarse que la meta de comunicación asertiva se forje de manera más ágil.

Para dar continuidad se introducen los dos tipos de comunicación: verbal y no verbal; se pasa luego a hablar de la importancia de aprender a escuchar y a responder en función de ello y de la claridad de nuestros mensajes. Se plantean situaciones en donde se habla sin ninguna claridad en lo que se está diciendo, los conflictos que ello puede acarrear, y de cuáles son las formas más adecuadas. Exhortamos a la participante a que nos hable de situaciones en que no ha comprendido lo que le dicen, y tratando de entender el mensaje del otro, que muchas veces se presta a ser mal

interpretado. Y, viceversa, situaciones en que ha querido comunicar algo y no logra ser escuchada, o es mal interpretada.

Se le habla del significado de la asertividad como una actitud de autoafirmación y defensa de nuestros derechos personales, a través de la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, de forma apropiada, respetando las de los demás (Capafons, 1988c; Roca, 2003). Se retoman los derechos básicos enlistados en la descripción de la sesión 4, donde se trabajó autoestima.

Se introduce el desempeño de papeles, donde la mujer participante se representa a sí misma, comunicando asertivamente en alguna situación previamente discutida. El/la terapeuta, representará el papel de la otra persona en la comunicación, con base a los comentarios que, en sesiones anteriores, ha mencionado. La representación puede repetirse cambiando los papeles. Se puede imitar a la participante, para mostrarle sus errores en la comunicación, y cómo puede mejorar.

Se practica con uno o más ejemplos, y se cierra la sesión.

*Descripción sesión 16. Comunicación asertiva.*

Se induce una hipnosis de ensayo donde se visualice ya con el problema resuelto, pueda desandar los pasos, y observar cómo llego a esa solución. Para ello, se sugiere el fortalecimiento de sus recursos personales en el desglose de las alternativas y sus posibles consecuencias, dando oportunidad a que las construya en su imaginación, y las haga parte de ella. Hasta llegar a un punto donde se sienta cómoda con lo resuelto mediante una comunicación asertiva.

La inducción hipnótica de “ensayo” (Robles, 1990) tiene como propósito que la participante visualice ya resuelto el problema, lo cual le da mucha confianza a la participante de que su problema tiene solución, y encuentre formas de solucionarlo. Esta estrategia, originalmente, la creo

Milton Erickson a semejanza de la metáfora de “El Milagro” o la “Bola de cristal”.

Se comienza por definir el problema entre participante y terapeuta, poniéndose de acuerdo acerca de los significados de las palabras. Para ello se hace indispensable que el/la terapeuta emplee el mismo lenguaje de la participante.

Esta estrategia puede inducirse pidiendo directamente a la persona, deje fluir una imagen en donde está, cómo desea estar, en un lugar cómodo, en donde desea estar, y dónde ya está resuelto el problema; en esta sesión, se trata de que se visualice comunicándose asertivamente, manteniéndola hipnotizada al concentrar su atención en su respiración e indicándole que continúe observando. Cuando tenga esa imagen, debe indicarlo. La participante la describe, con mayor o menor dificultad, pero, en general, comentan algunas cosas que el/la terapeuta anota para su utilización a continuación.

El siguiente paso es que el/la terapeuta le indique que deje que sus recursos personales le hagan a su imagen de... [aquí el/la terapeuta repite la descripción que la participación haya hecho de su imagen, en donde se observa comunicándose asertivamente] lo que tengan que hacerle, la transforme como sea mejor, de tal forma que se resuelvan todas las cosas que son necesarias resolver, construir, deshacer, reconstruir, etc., para que realmente logre comunicarse asertivamente, es decir, quede totalmente resuelta su forma de comunicarse como ella lo desea para su bienestar. Se le pide que observe cómo se está transformando su imagen tal vez, cambie de color, o tamaño o cambie de lugar, como quiera que sea... permite que se continúe transformando hasta que se reconstruye la imagen, a una imagen completamente del agrado de la participante, en donde se visualiza ya resuelto el problema. Y en transcurso de la sugestión, se le sugieren palabras de bienestar, como equilibrio, positivamente, encontrando las palabras y el tono, adecuados, etc.

Por último, se le pide que aprenda o reaprenda todo lo que tenga que aprender o reaprender, sintiendo su respiración, y que disfrute de la imagen y de toda la experiencia. Y, posteriormente, se le pide que guarde esa imagen en un lugar seguro de su imaginación, y que poco a poco regrese a la habitación con el/la terapeuta, al salir de la hipnosis. Se proporciona connotación positiva y se cierra la sesión.

Al finalizar todo el tratamiento, se hace un cierre de todo el proceso revalorando qué es lo que aprendió la participante a partir de hablar de cómo había llegado al CUAPI y cómo se sentía en esos momentos por la conclusión de la TBH. Y, ya para finalizar se dio lectura del cuento “La mariposa dorada” de Osorio (1978).

#### *La mariposa dorada*

En el Japón existen los jardines más hermosos del mundo. Los árboles más raros y las flores más preciosas nacen y se cultivan con mucho cuidado, para que cada vez salgan de formas más extrañas y colores más brillantes.

Cuentan que hace cientos de años, en uno de estos jardines maravillosos -donde todas las mañanas solía jugar una niña llamada Kiku, que es igual que llamarse Crisantemo-, un día, bajo un árbol de ramas retorcidas que crecía junto al estanque, nació un pequeño gusano.

Cuando salió del minúsculo huevo, el gusanillo era torpe y feo, apenas veía, pero empezó a arrastrarse despacio por la corteza del árbol, trepando lentamente en busca de algo, aunque ni siquiera el mismo sabía lo que quería. Al fin, su cabeza tropezó con una hoja tierna y apetitosa y su boca abrió rápidamente: esto es lo que yo buscaba... -pensó, mientras seguía comiendo sin parar-. Tanto comió, que su cuerpo se fue hinchando como un globito, y apenas podía moverse, así

que se echó a dormir la siesta para hacer bien la digestión. Cuando despertó volvió a comer y después volvió a dormir; pasaron los días y el gusano siguió creciendo y engordando.

¡Qué barbaridad, que fuerte me encuentro! -pensó al despertarse un día-. Después de haber cumplido ya una semana, abrió bien los ojos para fijarse en todo lo que le rodeaba, pero las ramas del árbol no le dejaban ver nada a su alrededor. Miró hacia abajo y se miró reflejado en el agua del estanque, asomado entre las hojas, como si estuviera metido dentro de una gran gruta verde.

- ¿Esa cosa tan pequeña que se mueve soy yo? -se dijo el gusano con una gran desilusión-.

-Pues no me gustó nada, quiero cambiar, tengo que cambiar. Necesito algo, algo más, aunque no sé lo que es...

¡Busca, busca! -le susurró en agua del estanque que se movía ligeramente como si alguien le hubiera lanzado una piedra.

Y el gusano volvió a trepar hacia arriba por las ramas del árbol, preocupado por saber lo que tenía que hacer para conseguir mejorar. Cuando sentía hambre se paraba a morder algunas de las hojas que le rodeaban y enseguida volvía a ponerse en camino. Ya no se contentaba con solo comer y dormir como antes. Había muchas otras cosas que le inquietaban y necesitaba saber; ¿que habrá más allá de las hojas? -seguía pensando- el mundo no puede ser solo esto, tiene que haber muchas cosas más, aunque yo no alcanzo a verlas, tengo que llegar a descubrirlas.

Pero el camino era trabajoso y difícil. Un día, estaba ya tan cansado, que le pareció que no podía avanzar más. Se paró durante un largo rato quedándose completamente inmóvil.

Qué mal me encuentro... ¿Qué es lo que pasa? -se preguntó-. Después de todo, para qué tanto caminar, si ni siquiera sé lo que busco, ni a donde voy.

Y en aquel momento el gusano sintió que su piel se desgarraba y se le desprendía del cuerpo, como si fuera una vieja funda de papel de celofán arrugada por el uso

- ¡Que catástrofe! -pensó el pobre gusano-. Ya era bastante birria y ahora debo estar mucho peor...

Y miró con miedo hacia abajo para verse reflejado en el agua del estanque. Asombrado, notó que una nueva piel, más suave y de un color más claro, le había quedado al descubierto.

¡Pues he mejorado mucho! -dijo sin poder dejar de mirarse-. Además, me siento mucho más ligero, y seguramente caminaré más de prisa, creo que voy por buen camino.

Y el agua del estanque volvió a moverse para hablarle:

- ¡Sigue...! ¡sigue...! -le dijo-.

El gusano volvió a emprender la marcha alegremente. Durante muchos días trepó y trepó sin descanso. A veces se desanimaba de nuevo, y le parecía que no podía seguir, porque él seguía siendo muy pequeño y el árbol muy grande. Y por tres veces más, su piel volvió a desprenderse, dejándole asombrado cada vez que se miraba en el estanque, se veía más blanco y más transparente.

Sigo mejorando -repetía felizmente- me siento mucho más ágil y más rápido, puede ser que ahora encuentre lo que busco.

Y cada vez el agua del estanque volvía a animarlo.

- ¡Busca...! ¡Sigue...! -

Y el gusano, contento, volvía a emprender el camino. Un día, cuando ya se iba acercando a la copa del árbol y las ramas se habían hecho menos espesas, vio al primer rayo de sol bailar entre las hojas. Se quedó admirado, al ver aquel polvillo dorado moviéndose con tanta rapidez delante de sus ojos.

- ¡Así me gustaría a mí ser! -dijo el gusano-: tan rápido y tan brillante.

Y el rayo de sol se acercó y envolvió al gusano con su calor.

Eres lo mejor que he encontrado hasta ahora- le dijo el gusano agradecido-. Tú vienes de allá afuera, dime, cuéntame, qué es lo que hay.

Es algo tan hermoso -le contestó en rayo de sol- que es imposible de contar. Hay que salir y verlo.

Pero fíjate en mí -dijo el gusano- llevo muchos días intentándolo. Cuatro veces he mudado de piel y, a pesar de eso, todavía no he logrado llegar más que hasta aquí.

Es que todavía no has cambiado lo bastante -le dijo el rayo de sol-. Si quieres salir y formar parte de la hermosura de la tierra, tendrás que cambiar mucho más.

¿Más todavía? -dijo el gusano desalentado-. No sé si podré...

Y el rayo de sol para animarlo, empezó a hablarle del sol y de la luna, de las montañas y de los ríos, del día y de la noche, de la luz y de las estrellas.

Sí, tengo que intentarlo -dijo el gusano, decidido -, estoy dispuesto a cambiar como sea.

Y el gusano, esta vez no siguió trepando lentamente, sino que buscó una grieta en la corteza del árbol donde poder meterse y cuando estuvo dentro tapó la entrada para que nada ni nadie pudiera interrumpirle. Durante quince días y quince noches trabajó sin descanso, sin comer ni beber. Tanto era su deseo de cambiar y poder conocer lo que había más allá del árbol.

Durante quince largos días y quince largas noches, fue tejiendo una maravillosa tela, transparente y amarilla, hecha con su cansancio y su soledad. La adornó con preciosos dibujos teñidos en morado, por su miedo. Entrelazó toda su labor en el hilito verde de su esperanza, y como último adorno le colocó dos grandes lunares rojos fabricados con su propio dolor.

Al fin, una mañana, el rayo de sol que todos los días acudía hasta la entrada de la grieta para ver qué ocurría, vio que el gusano estaba destapando ya la entrada. Primero asomó un cabecita brillante con dos largas antenas, después el cuerpecillo suave. Cuando ya estuvo fuera, pudo abrir y extender las dos grandes alas en las que tanto había trabajado.

Jamás te hubiera conocido -dijo el rayo de sol, contemplándolo entusiasmado-.

¿Crees que será bastante el cambio? -le preguntó el gusano con inseguridad-. He hecho todo lo que he podido.

Tu trabajo no ha podido ser mejor. Ya sí que puedes salir. Aunque espera, antes quiero darte algo... Y el rayo de sol derramó su polvillo dorado sobre las alas del gusano para que brillara aún más.

Y ahora, isígueme! - le dijo alegremente-.

Y el gusano alzó sus alas y voló siguiendo el rayo de sol. Abandonó el árbol bajo el que había nacido y, deslumbrado, conoció toda la hermosura de la tierra. Se dejó flotar en el aire bañado por la luz del día.

¡Tenías razón! -le gritó al rayo de sol-. ¡Todo es mucho mejor de lo que puede contarse!

Vio las montañas azules a lo lejos, y debajo de él el jardín lleno de flores y el árbol por el que había sido tan difícil trepar.

Bajó volando para acercarse al estanque y mirarse. - ¡Cómo me alegra verte tan cambiado! -le dijo el agua moviéndose contenta.

Qué animal más extraño-se decían las flores, unas a otras, muy bajito-, debe ser extranjero.

Ven, ven, acércate que te veamos -le llamaban admiradas-.

Y cuando el gusano se acercaba, las flores se abrían para darle a probar la miel que guardaban en su fondo.

Aquella mañana, como todos los días, Kiku corría y saltaba por el jardín, cuando vio al gusano parado entre las flores con sus preciosas alas extendidas.

¡Qué flor tan bonita! -dijo la niña, mirándola-. Nunca vi una igual, como brilla...

Acercó sus dedos para tocarlo, pero el gusano escapo volando rápidamente y se remontó en el aire.

¡Es una flor que vuela i- dijo la niña, sorprendida.

Y Kiku vio con asombro que entre sus dedos había quedado un polvillo dorado. Así dicen que fue como apareció en el mundo la primera mariposa.

Después de la lectura se hacían comentarios, y finalmente, se les recordaba que se les llamaría en aproximadamente un mes.

#### **6.04.4.2.3 Fase de post prueba. Post evaluación y seguimiento.**

Al cierre del tratamiento, se acordó una cita con cada una de las participantes, para una post evaluación a un mes de haber concluido el tratamiento; conforme se acercaba la fecha de la cita, de entre 5 y 7 días antes, se les llamó por teléfono, para confirmar la cita, o recalendarizarla de ser necesario. En esa cita se realizó en una entrevista breve de 13 preguntas abiertas (ver Anexo A, Formato de entrevista breve).

El seguimiento se hizo en un solo momento para los 3 períodos de intervención, en el año 2011. Ésta consistió en una entrevista a profundidad (ver Anexo A, Entrevista de Seguimiento).

## **6.05 Análisis Realizados**

Para el análisis fue necesario concentrar la información de todas las fuentes recolectadas. La primera fuente de información son los expedientes. Se revisó si estaban completos en cuanto a los protocolos, instrumentos y las síntesis de las sesiones, para cada fase del diseño de investigación, en las que la participante haya colaborado; también se comprobó cuántas y qué participantes habían proporcionado su historia de vida. Los expedientes, por lo tanto, contienen las evaluaciones, pre y post prueba, así como las síntesis de sesión, la historia de vida, y el examen mental. De los expedientes, también se obtuvo la información acerca de la constancia de las participantes en el tratamiento, si lo completaron o no, y cuántas sesiones recibió cada una de ellas, así como los datos sociodemográficos. A cada mujer participante se le asignó un número para poder identificarlas y a su vez garantizar su anonimato. Se les denominó C-1, C-2, y así sucesivamente, para indicar caso número 1, etc.

Las síntesis de sesión permanecen en el expediente para ser consultadas. Las historias de vida fueron mecanografiadas literalmente, dejando las faltas ortográficas, tachaduras o enmendaduras, lo más aproximado a la escritura original de la participante, con el fin de captar el sentido que va plasmando en su escritura; e incorporarlas como documentos primarios a la Unidad Hermenéutica en el programa computacional para análisis cualitativo, Atlas. Ti versión 6.2.28, mismo que se utilizó para el análisis de los resultados.

La segunda fuente de información, son las transcripciones hechas de las audiograbaciones de las entrevistas durante las distintas fases del diseño de investigación. Para ello se comenzó por corroborar el número de audiograbaciones con las que se contaba, y cuántas de ellas estaban transcritas de cada caso; fueron 222 sesiones de evaluación, tratamiento, cierre y post evaluación, de las cuales se logró audio grabar y transcribir 199

entrevistas. Y, de las 9 entrevistas de seguimiento, se audio grabaron y transcribieron 5, y el resto, se transcribió la redacción de los entrevistadores. Las palabras idiosincráticas, o con modismos que hubieran utilizado, tanto participante como terapeuta, también se transcribieron literalmente. Ambas transcripciones literales, historias de vida y modismos o palabras idiosincráticas, se citan de ese modo en los testimonios extraídos para los análisis, colocando ente paréntesis sic. Asimismo, se puso especial atención en que cada entrevista transcrita, tuvieran el número que se le asignó a cada participante, así como el número y fecha de la sesión a la que correspondían.

Enseguida se procedió a integrarlos en la Unidad Hermenéutica (UH), de igual forma que las historias de vida, pasando así, a ser documentos primarios.

Se formularon las categorías en función de las variables independientes y dependientes. Categorías de las que se desprenden los códigos que dirigen la búsqueda de las evidencias en el texto de los documentos primarios, utilizando la técnica de análisis de contenido.

Se conformaron trece categorías, que fueron valoradas por cuatro doctoras expertas en violencia contra la mujer: Dra. Julia E. Monárrez Fragoso, del Colegio de la Frontera Norte, Ciudad Juárez; Dra. Rosalba Robles Ortega, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Departamento de Humanidades; Mtra. Irma Saucedo González Candidata a Dr. por la Facultad de Sociología en la Universidad Autónoma de Barcelona; Guadalupe Huacuz, Dra. en Antropología Social; y Luciana Ramos Lira, Profesora Investigadora en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente de la Ciudad de México; un experto en Psicología Clínica y de la Salud, Dr. Francisco Labrador Catedrático Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad Complutense de Madrid (España); y la, Dra. en Ciencias de la Salud Yadira Islas Limón, Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de Baja California. Las/el

especialista, juzgaron si los testimonios extraídos de la unidad hermenéutica, corresponden a la categoría o códigos propuestos.

Más adelante, fueron revisadas, como no podía ser de otra manera, por el Dr. Jesús Modesto Rodríguez Suárez, experto en metodología, y director de tesis, quien sugirió establecer escalas que delimitaran los avances en las metas y en los síntomas, así como el cambio en el nivel de gravedad de la violencia, para tener más claro en qué medida avanzaron las participantes. Para ello, se utilizó como base la escala de violencia e índice de severidad propuesta por Valdez-Santiago et al. (2006) para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas.

Así pues, finalmente se resumieron en tres categorías con algunas modificaciones en su definición, y en algunos códigos en que se repetían las variables, se eliminaron, o se reacomodaron dentro de otros códigos con mayor correspondencia de acuerdo a los que se deseaba analizar, o agregando algún indicador que pudiera haber quedado fuera.

Las tres categorías son:

1. Motivo de consulta e historia del problema de violencia, y antecedentes de violencia en la familia de origen;
2. Factores de riesgo: tipos de violencia, consecuencias de la violencia (sintomatología y diagnóstico) y, deficiencias en las metas contempladas en el plan de tratamiento;
3. Respuestas ante la estrategia terapéutica aplicada y la satisfacción del tratamiento.

De la categoría 2, se obtuvieron escalas de gravedad de los tipos de violencia y de los síntomas, en cinco niveles: grave, severo, moderado, leve, y sin síntoma/sin violencia. También se establecieron escalas de niveles de deficiencia a fortaleza de los factores contemplados en la TBH, en cuatro niveles: muy bajo/muy deficiente; menos bajo/menos deficiente; algo alto/algo fortalecido; alto, fortalecido u óptimo. (Ver Anexo C, Tabla 1C a

Tabla 12C: Escalas de los tipos de violencia psicológica, física, económica y sexual; síntomas, y deficiencias en las metas del tratamiento).

En la categoría 2 y 3, se consideran las emociones; el sentido que se le dio en la categoría 2, es decir, como síntomas, se consideró que hubiera una estabilidad emocional aumentando las emociones positivas conforme disminuyeran la expresión de emociones negativas; en cambio, el interés en la categoría 3, era que las identificará, que pudiera reaprender a nombrarlas, independientemente de que fueran positivas o negativas.

A partir de estas tres categorías se presentan dos secciones de resultados. El primero, presenta el estudio de caso de cada una de las participantes. En ellos se despliegan cada una de las tres fases del diseño de investigación, describiendo cómo estaban antes de la TBH, e incluye, cómo fueron progresando a través de las sesiones de la fase de tratamiento con los aspectos más relevantes, y finalmente, muestran si adquirieron y se mantuvieron o no, los cambios obtenidos al momento del seguimiento. Todo ello se integró en una figura representativa de los avances de cada una de ellas, haciendo un corte cada 4 o 5 sesiones (dependiendo de cuantas hubiera tenido en total) respecto a la reducción o eliminación de la violencia, la reducción o eliminación de síntomas (como depresión, ansiedad, culpa, etc.), y en relación a la adquisición de los factores protectores.

Los estudios de caso, también presentan una tabla con los detalles del tratamiento que recibió cada una de las participantes, considerando, como ya se ha mencionado, se trata de un estudio heurístico por lo que se hicieron adaptaciones con base a las necesidades particulares de cada participante.

En el segundo apartado de resultados, se realizó un estudio de caso múltiple, que inicia por presentar datos de los antecedentes familiares y de violencia de las participantes, para posteriormente, presentar la comparación entre los casos en cuanto a la reducción de síntomas y

violencia, y los avances alcanzados a través de las metas de tratamiento. También, se estipularon las diferencias entre las participantes que accedieron a todo el tratamiento, las que solo tuvieron una parte, y las que no lo tuvieron. Además de identificar, si hubo o no, remisión del diagnóstico inicial después del tratamiento.

Asimismo, se comparan las respuestas de las participantes respecto a la estrategia terapéutica empleada. En este sentido, se consideró una estrategia efectiva si se observa una correspondencia entre la aplicación de la estrategia y la respuesta positiva de la participante. Ya sea la expresión de pensamientos, creencias, sensaciones y emociones, y/o por medio del reporte de acciones tomadas, que reflejen el aprendizaje adquirido; respuestas que pueden ser en el momento inmediato a su aplicación, en sesiones posteriores y/o en la fase de seguimiento.

A lo largo de ambos análisis se extrajeron textos de las verbalizaciones de las mujeres que ejemplificaran los aspectos en estudio. Se colocó la identificación del texto entre corchetes: [C-1, P: 49:660, s 3], donde C-1 es el caso número 1; la P, identifica el documento primario de la UH de donde se extrajo, en este caso el 49, que separa con dos puntos: el número de frase en el texto seleccionado; para señalar, finalmente con una /s/ y un número, la sesión a la que corresponde del caso en revisión, o, en lugar d una /s/ y número, historia de vida, postevaluación, o, seguimiento, cuando se tratara de ese texto.



## **RESULTADOS**



## **7. Resultados**

La muestra al inicio del estudio estaba conformada por 18 mujeres, de las cuales, 7 terminaron el tratamiento, 3 obtuvieron una parte, y 8, lo abandonaron desde el inicio o, en algún momento de la psicoeducación.

Al momento del seguimiento, se buscó telefónicamente a las 18 mujeres, igualmente si participaron o no en el tratamiento, con el fin de observar el desarrollo de cada una de ellas, y poder hacer una comparación entre quienes siguieron el proceso terapéutico del tratamiento planteado, y las que no. Se logró localizar a 10 de ellas, y aceptaron participar 9 en la evaluación de seguimiento.

La muestra está representada en la Tabla 8. Está constituida por las nueve mujeres que aceptaron participar en el seguimiento más los casos de dos participantes que obtuvieron una parte del tratamiento (pertenecientes al período I y II, respectivamente). Un tercer caso se tomó en cuenta; se trata de una mujer que completó el tratamiento, aunque no participó en la entrevista de seguimiento, debido a que dejó el lugar de acogida donde había vivido por aproximadamente dos años.

Quedaron excluidos los casos de 6 mujeres que abandonaron el estudio desde la fase de evaluación (N=3) o solo accedieron a la fase de evaluación y psicoeducación, y no fueron localizadas para participar en el seguimiento (N=3).

Las participantes excluidas del estudio pertenecían al período de intervención II y III. Una mujer de 48 años, que había llegado al CUAPI por depresión, aunque reconoció la violencia que ejercía su pareja contra de ella desde hacía más de 20 años, y aceptó participar, sin embargo, abandonó en la sesión 5, aun cuando mencionó sentirse mejor desde que había comenzado a asistir al tratamiento.

Dos más, jóvenes de 22 y 23 años, estaban consideradas como casos control, porque ninguna de las dos se interesó en someterse al tratamiento. De estas, una fue localizada y no aceptó colaborar en el seguimiento, argumentando no tener tiempo debido a que ahora era madre soltera (en la fase de evaluación se encontraba embarazada), además de lo absorbente de su horario de trabajo; la otra no se la logró localizar.

Otra mujer de 31 años, había asistido al CUAPI por problemas con sus hijas púberes, quienes se presentaban con mucha rebeldía, presumiblemente, incrementada por la violencia que observaban de su padrastro contra su madre. No se observó que reconociera la violencia.

Otras dos mujeres, una joven de 21 años estudiante universitaria, quien había terminado con su novio por el maltrato psicológico (amenazas, control, aislamiento y celos exagerados), notificó en la sesión 7, que ya no asistiría más al tratamiento. Se trataba de una chica con suficientes recursos personales, se le consideraba con muy buen pronóstico. Cuando se le aplicó la lista de cotejo de las características del abusador (ver, Anexo B) cobró consciencia del abuso, se cubrieron todos los aspectos de psicoeducación, y había comenzado con otra de las metas del tratamiento. Sin embargo, expuso su dificultad para continuar debido a su horario escolar y laboral, problemas inminentes de atender, pero, se infiere que su abandono estuvo ligada a la reconciliación con el novio, por el deseo de darle otra oportunidad. La sexta participante, desertó en la sesión 5, debido a su nivel económico muy bajo que determinaba otras necesidades básicas prioritarias.

En resumen, la muestra para el análisis está conformada por 12 mujeres, 7 terminaron el tratamiento, y se tiene el seguimiento de 6 de ellas. Tres obtuvieron una parte del tratamiento y una accedió al seguimiento. Otras dos mujeres, solo accedieron a la fase de evaluación, y posteriormente, aceptaron colaborar en el seguimiento, por lo que se les consideró como casos control.

## **7.01 Estudios de Caso**

### **Caso 1.**

Mujer de 38 años de edad, nacida y radicada en la ciudad de Tijuana, Baja California, México. Llegó al CUAPI en agosto, 2008, en busca de ayuda psicológica por baja autoestima, fue atendida en el período I de intervención, y concluyó en abril, 2009. La entrevista de seguimiento se realizó en febrero, 2011.

Características sociodemográficas: casada, con 18 años de matrimonio con un hombre divorciado, padre de una hija y dos hijos de ese matrimonio (se ignoran sus edades). Madre de un niño de 11 años de edad. Educación secundaria; dedicaba al hogar, pero reportó haber experiencia laboral en fábrica, en farmacia y como auxiliar contable por 3 o 4 años; se define con religión protestante. La principal fuente de ingresos era la pareja, con un nivel económico medio bajo de aproximadamente 10.000,00 pesos mensuales, aproximadamente 570 EUR. Habitaban en la casa de sus padres, con todos los servicios.

#### ***Motivo de consulta.***

Desea sentirse bien, dejar de sentirse sola, quiere mejorar su autoestima y mejorar la relación con su esposo e hijo. Pretende dejar de ser manipulable, poder tomar decisiones y mantenerlas. Tener metas en su vida y seguirlas.

#### ***Evaluación inicial.***

Cuando se presentó en el CUAPI, aparentaba su edad cronológica y se observaba aseada. Se aprecia muy cansada, muy tensa ansiosa (se mordía las uñas), muy triste y depresiva. Estaba muy enojada con su situación

familiar, con mucho miedo, mucha vergüenza, mucha culpa por el maltrato que ella ejercía contra su hijo, y la dependencia emocional hacia su esposo. Coherente expresión verbal y no verbal. Recuerdos algo nublados; pensamientos suicidas crónicos, y mucha autocrítica. Antecedentes de violencia en la infancia: de tipo psicológico, por la exposición a situaciones estresantes constantes, como el estado de ebriedad de su padre y tíos, y la violencia de estos contra su madre: *"Pues sus hermanos y mi papá la maltrataban, la hacían menos. Mi papá siempre con sus infidelidades, la engañaba"* (sic.) [C-1, P: 49:660, s 3]; violencia física, por parte del padre; bullying en la escuela primaria, y violencia de tipo sexual por un vecino. Nunca denunció estos abusos por temor.

Conciencia parcial de la violencia. Primero la negó: *"hubo, pero ya no"* (sic.), intentando minimizar el problema de violencia. Los principales tipos de violencia: a) física: iniciaron en el noviazgo, con cachetadas, luego, jalones y empujones, y cesó desde 5 o 6 años atrás; b) psicológico: ignorarla cuando le hablaba, humillaciones públicas, gritos, e intimidación, alcanzando así, un nivel severo; c) económico: lo más fuerte también había pasado varios años atrás; estuvo enferma de tuberculosis, no le proporcionó seguro médico, además de la mala alimentación; menciona:

*...los dolores tan espantosos en mi vejiga, después de dos años de sufrimiento, de un montón de análisis, el diagnóstico fue tuberculosis urogenital. Pero tuve que seguir trabajando porque [pareja] no quería asegurarme y yo necesitaba el medicamento cada semana. No sé como lo logré. [Pareja] empezó a organizar los quince años de su hija, ... [ ]. No teníamos ni para comer, me debilite aun mas porque casi no comíamos...* (sic.) [C-1, P: 234:35, historia de vida].

Al momento de la entrevista, aún estaba presente este tipo de violencia, en tenerla muy limitada para cubrir los gastos del hogar, y gastar el ingreso en otras cosas; d) sexual: a pesar de que ella no quisiera tener relaciones sexuales, él la presionaba hasta que cedía. Estos dos

últimos tipos de violencia, alcanzaban un nivel de gravedad leve, por lo que la principal fuente de violencia era de tipo psicológico, que se consideró de un nivel de gravedad moderado.

A la edad de 5 años, su hijo fue abusado sexualmente, por lo que asistió a psicoterapia junto con el hijo, durante aproximadamente un año, hasta que cerraron el centro a causa del asesinato de la directora, lo que también impactó negativamente a la participante.

Se le diagnosticó de acuerdo al DSM IV-TR con F43.1 TEPT [309.81]. Y, dada su sintomatología, y multiplicidad de eventos traumáticos, cumplía con los criterios del TEPT complejo (Herman, 2004).

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Pertenece a una familia de padre, madre y dos hijas, siendo ella la mayor. El padre trabajaba en un taller de carpintería adjunto a la casa habitación. La madre estaba dedicada al hogar. Los padres eran originarios de la ciudad de México. La participante (C-1) relata su infancia llena de violencia, negligencia y alcohol, de la siguiente manera:

*Desde muy pequeña he tenido la misma sensación: que estoy sola. Crecí en un hogar, donde la violencia era común y el alcohol el rey. Mi papá y mi mamá vivían en la casa de la abuela de mi padre, pero también vivían ahí casi todos mis tios y tias, al morir la abuela el pleito por la casa fue brutal, [...] mis tias y tios nos "visitaban" a cada rato para golpear a mi mamá e insultarnos a nosotros (sic.) [C-1, P: 234:1, historia de vida].*

En lo que se puede distinguir un ambiente desequilibrado y poco protector para el crecimiento de dos niñas.

Sufre negligencia, violencia física y psicológica por una tía adolescente a cargo de ella y de su hermana, cuando su madre salió de viaje. Asimismo, violencia física del padre en ese mismo tiempo. La madre trae con ella a su regreso a uno de sus hermanos para trabajar en el taller, quien padece de alcoholismo. Enseguida, llegó otro tío, hermano de su papá, igualmente con problemas de alcoholismo, el cual había intentado suicidarse a raíz de la separación de su pareja.

De esta forma, comienza un modo de vida en la que arriban a la casa, más y más personas allegados a trabajar en el taller de carpintería u otros lugares, y se quedaban acogidos ahí mismo. Lo que resulta ser un fenómeno social peculiar en Tijuana, de solidaridad con los inmigrantes, de otros Estados de la República Mexicana, de Centroamérica y Sudamérica. Por lo que ella no se sentía en libertad para invitar amigos a casa. Como relata en el siguiente testimonio:

*Tambien tenía otros amigos y amigas, aunque no muchos, me daba vergüenza invitarlos a mi casa porque mis tíos siempre estaban borrachos y además de mis tíos para esos días mi casa ya se había convertido en hotel de vagabundos, teporochos e indocumentados (sic.) [C-1, P: 234:10, historia de vida].*

La relación con su madre tampoco era buena. La confundía escucharla criticar a los miembros de la familia, porque la hacía sentir como un depósito de desperdicios, además de colocarla en una situación de doble vínculo (Bateson, 1956), al no poder criticar a sus tíos o a su padre, como la madre hacía, ni tampoco expresar sus sentimientos; solo era permitido escuchar lo que la madre tenía que decir. Como se cita a continuación:

*...un tiempo donde hubo mucho trabajo, mucho dinero, pero también el alcoholismo,... pos pleitos, las promesas rotas... me confundía mirar a mi mamá tan preocupada por la vida de mis tíos, platicaba con uno y después hablaba pestes de el con mi padre y luego la escuchaba hablar pestes de mi padre con mis tíos o conmigo que me convertí en su "basinica" pero yo no me podía enojar ni con mi padre ni con mis tíos -porque ella me decía "no seas así, ellos son buenos, pobrecitos", así que seguí callando mis sentimientos (sic.) [C-1, P: 234:08, historia de vida].*

Su historia de maltrato y un ambiente hostil, la van marcando como si fuera un objeto sin valor, al grado de sentirse como una bacinilla que no siente, no piensa, no existe, solo funciona para las necesidades (fisiológicas) de los demás a su alrededor. Sus emociones y sentimientos son criticados, e invalidados, reforzando así, el aprendizaje de ser una persona sin valor, a la que cualquiera puede pisotear.

En la educación secundaria, su experiencia fue distinta, pasó a una mejor época. Obtuvo muy buenas notas, hizo amigos y amigas, y pertenecía a un grupo de teatro. Refiere emociones de alegría y felicidad, de ese tiempo.

#### *Relaciones de pareja.*

En relaciones de pareja anteriores a la de su esposo, refiere que ella violentaba a sus parejas sin aclarar la forma de hacerlo.

El hombre que, al momento de la entrevista, era su pareja, también llegó de la manera en que llegaban personas a su casa. Con él se sentía acompañada, y de alguna manera, importante:

*...nos hicimos amigos y platicabamos mucho, me gustaba porque me escuchaba el me platico de sus hijos, de su novia en México y de sus planes.*

*Tenia planeada regresar a México muy pronto. Al poco tiempo eramos novios, aunque yo no me sentía muy feliz, casi no lo miraba porque el trabajaba desde muy temprano... (sic.) [C-1, P: 234:27, historia de vida].*

Desde el inicio de la relación hubo abuso de tipo sexual y psicológico, al presionarla para tener relaciones sexuales, y por tratarla con indiferencia y devaluarla, después de haber accedido a ello. Ella siempre se sintió culpable de tal indiferencia por no haber sangrado en el primer encuentro, como narra a continuación:

*Empezó a presionarme para tener relaciones sexuales, accedí y para mi mala fortuna no sangre la primera vez, me trató como una basura, **y yo lo permití**. A partir de ahí todo cambió, me trataba con indiferencia y yo me desvivía por él... (sic.) [C-1, P: 234:27, historia de vida].*

Al ser un tema tabú, además, de las serias dificultades para comunicar sus emociones, fue algo de lo cual no hablaron. Ella asume “culpabilidad”, en silencio, sumisa y abnegada, a lo que se agregan, sus sentimientos por él. Ambos aspectos, trazan una forma de interacción, donde él puede tomar las decisiones, tener la razón, y todos los derechos sobre ella, mientras ella permanece callada, sometida y transgredida sus derechos, quedando debilitada para afrontar las situaciones.

Conoció a otro hombre, más joven que ella, aproximadamente seis años antes de la entrevista. Este joven le propuso fugarse con él, y estuvo a punto de aceptar y dejar a su familia. El pensar en su hijo la hizo reflexionar, y romper con esa relación.

### ***Factores de riesgo.***

Los síntomas mencionados en la evaluación inicial, son factores que la ponían en riesgo de estancarse, o incluso, tener un intento de suicidio, a partir de la desvalorización que seguía experimentando por parte de su pareja. De la misma forma, el déficit de factores protectores, contemplados en las metas de la TBH, la ponía en riesgo de más violencia.

Los conocimientos sobre violencia en la pareja, en la participante, se abocaban únicamente, a los tipos de violencia. Su autoestima estaba muy deteriorada. Sus límites personales estaban algo difusos, le permitía a su pareja que la menospreciara, y ella sobrepasaba los de su hijo, maltratándolo. Sabía tomar decisiones, solía tomarlas, pero no se sostenía en ellas debido a su inseguridad. Mostraba mucha dificultad para comunicarse. Le preocupaba no poder mantener una buena comunicación con su esposo e hijo, aunque enfatizaba, no era tan mala como lo fue tiempo atrás. De la misma manera, deseaba mejorar la comunicación con su padre, a quien sentía alejado. Las emociones y sentimientos más recurrentes eran negativas, en una alta escala de gravedad, como soledad, ira, frustración, y agresividad.

### ***Modos de afrontamiento y red de apoyo.***

Desde que llegó al CUAPI manifestó su deseo de resarcir su relación. Su manera de afrontar la violencia era someterse, tolerar, y cuando la pareja estaba tranquila, trataba de hablar con él. Aunque en otras ocasiones, cuando él la veía enojada, le prometía cosas que no necesariamente cumplía. Esta forma de interacción, mermaba la relación, y ella seguía sintiéndose lastimada, desatendida, con lo que iba perdiendo el sentido a la vida, produciendo más pensamientos suicidas.

A partir del suceso de la violencia sufrida por el hijo, había obtenido una red de apoyo de tipo institucional: psicoterapia, en el Centro de Atención Terapéutica (CAT); grupo de autoayuda AL-TEEN; y un grupo religioso.

Su red de apoyo de tipo social, una amiga. Esta amiga era médica en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), y la atendía cuando ella lo necesitaba. También tenía apoyo de tipo familiar, toda su familia, y a su hijo, lo veía como fuente de motivación.

#### *Condiciones de salud.*

Padeció de tuberculosis urogenital. Al momento de la entrevista, padecía de gastritis, problemas dentales, de columna, insomnio, y TEPT complejo. Se infiere que, a excepción de los problemas dentales, estos padecimientos estaban asociados a la violencia experimentada (OPS, 2003a; 2010).

#### *Fase de tratamiento.*

El tratamiento consistió en 20 sesiones incluidas las entrevistas de evaluación y el cierre. Su tratamiento implicó cinco de las seis metas, debido a que ella sabía tomar decisiones; lo que le hacía falta era mantenerse en ellas. Conforme iba avanzando el tratamiento, la participante fue tomando decisiones, ya con más determinación, a partir de las demás metas que se iban trabajando.

La participante (C-1) comienza a tener algo de tranquilidad, se le observa más serena a partir de la sesión 8. Se da cuenta la manera en que la pareja le ha venido culpando en muchas cosas, pero ella, a su vez, lo venía culpando de sus emociones, sentimientos o situaciones, debido a la dependencia emocional hacia él.

Para la sesión 12, da muestras de no permitir la manipulación por la pareja, asume un papel de auto valía, diciendo: *"...he notado cambios en mí pues..., el hecho de ya no rogarle, de ya no correr tras de él, de ya no querer contentarlo a fuerzas. Para mí, es un progreso, hacerme consciente de mí misma"* [C-1. P: 39:007, s 12]. Cuando aumenta la percepción de ella misma, fortalece su autoestima, rompe con el esquema de victimización y del ciclo de violencia.

La Tabla 17 describe el tratamiento completo del C-1.

Tabla 17.

*Secuencia del tratamiento de la TBH del caso 1*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia(s) terapéutica(s)	Sesiones
Historia del problema y evaluación del riesgo. Inv. TBH. RP.	Obtener la historia del problema.	Entrevista inicial.	1 y 2
Patrón de comportamiento de la generación de ella y su hijo.	Concluir con la entrevista. Psicoeducación.	Entrevista. Psicoeducación PT, s 1	3
RP. Red de apoyo. Relación con adolescentes. Frustración en su vida sexual.	Psicoeducación.	Psicoeducación, metáfora: La tormenta PT, ss 2 y 3 Connotación positiva.	4 y 5
Incomodidad por vivir con sus padres. Relación con su padre de mucho miedo.	Identificación de sensaciones y emociones.	Connotación positiva. Enlistado de miedos hacia el padre. Alegoría (terapeuta): Licuado frío.	6
Restablecimiento de la relación sana con su papá. La pareja comenzó clases para padres.	Psicoeducación. Identificación de sensaciones y emociones.	Psicoeducación, redes de apoyo, círculo del poder, PT, ss 2 y 3. Carta de perdón dirigida a la pareja. Connotación positiva.	7
Enfermedad de la pareja. Vida sexual. Atracción por una adolescente; conciencia de la necesidad afectiva en ello. Concluyó dos cursos de inglés, y manejo de grupos.	Psicoeducación. Establecimiento de metas personales. Límites personales.	Connotación positiva. Analogías de la participante: Atorada y aplastada.	8

Continuación Tabla 17

Desea restringir alimentación. Ansiedad manifestada en comerse las uñas. Más expresiones positivas hacia su hijo. Relaciones conflictivas en el grupo AL-TEEN. Problemas económicos.	Límites personales.	Representación, mediante dibujo, de límites personales. Límites PT, s 10.	9 y 10
Miedos originados por el abuso sexual en ella y en su hijo. Emociones de ira y coraje.	Identificación de sensaciones y emociones.	Connotación positiva. Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 7. Metáfora (participante): Mochila de emociones.	11
Condición de salud. Decayeron sus emociones, desilusión de su pareja. Uso de los recursos personales.	Límites personales.	Límites personales, hipnosis, PT, s 11.	12
Se da cuenta del esfuerzo que hace su esposo por contener su ira; alza la mano o grita, en lugar de golpear. Violencia psicológica severa.	Comunicación asertiva	Comunicación asertiva: Juego de papeles, PT, s 15.	13
Alcanzar metas. Condición de salud. Desechó el papel de víctima; aceptó papeles de activa y responsable.	Autoestima	Metáfora (paciente): Pirámide. Autoestima, cuento: El verdadero valor del anillo. PT, s 6.	14
Comunicación en la familia. Deja de autocriticarse frente al espejo.	Comunicación asertiva.	Derechos asertivos PT, s 16. Connotación positiva. Metáfora (participante): Piedra pesada.	15
Problemas económicos. Daños a la casa, por cambios climáticos. Cambios en la pareja, y en su hijo; salen juntos a comer en familia.	Identificación de emociones y sensaciones.	Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: Símbolos, PT, s 9. Connotación positiva.	16
Enferman suegro y esposo, en consecuencia, tristeza. Empatiza con la situación de los demás.	Identificación de emociones y sensaciones.	Analogías (participante): Bicicleta fija; Dados; Flores. Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: regresión a emociones infantiles, PT, s 8.	17
Detección, signos del abusador en el adolescente al que se sentía atraída –marca límites. Preparación para la cirugía menor en la cara (extirpación de un lunar).	Revisión psicoeducación. Preparación bajo hipnosis para la cirugía.	Revisión de psicoeducación, PT, ss 1, 2 y 3. Hipnosis: Ensayo. Se retoma la metáfora: Piedra pesada. Connotación positiva.	18

Continuación Tabla 17

Recuperó y mejoró la relación con su padre, y éste la estuvo cuidando en el hospital. Reconoce que necesita mejorar la relación también con su madre. RP.	Autoestima.	Autoestima, PT, s 12.	19
Cierre	Autoestima. Revisión de los avances.	Cierre con el cuento: La mariposa dorada.	20

Nota. PT, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH=Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= relación de pareja, descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la interacción comunicación con él.

En el transcurso del tratamiento, descubre la fuente de donde aprendió a sentirse víctima y ser una mujer sufriendo. Su mamá acostumbraba decirle con frecuencia “pobrecita” y ella lo asumía. Durante el tratamiento, decide que cuando su mamá le dijera “pobrecita”, ella pensaría para sí misma, *“no eres pobrecita, eres inteligente y eres creativa”* [C-1, P: 39:008, s 12]. De este modo, cambia su auto concepto y fortalece su autoestima, al neutralizar los preceptos aprendidos. Continúa avanzando (s 14), toma responsabilidad de sus acciones, dice lo que piensa, y la relación con su pareja está tranquila.

El cambio en la percepción de sí misma, facilitó que fortaleciera poco a poco su autoestima, a la altura que ella deseaba como parte de sus metas personales. Fue una de los logros terapéuticos más relevantes en esta participante. Ella lo menciona como sigue:

*Antes no me gustaba mirarme en el espejo, “que feos dientes tienes, y esa mancha que tienes, que feos ojos”. Y ahora, ¡me gusto mucho! y ya no necesito, -me he fijado-, que mi marido me mire bonito, o que fulano de tal, me mire bonito. Me he fijado- que ya no ocupo, **yo me ¡gusto mucho!*** (sic.) [C-1, P: 46:12, s 19].

Al cierre del tratamiento todas las metas, habían sido alcanzadas, se redujo su sintomatología significativamente (ver Fig. 7.1). Dejo de deprimirse, tenía un sueño reparador, en general, podía expresar más emociones positivas que negativas. Y, sobre todo, rompió con el ciclo de la violencia establecido en la relación de pareja.

### ***Seguimiento caso 1.***

En la entrevista de seguimiento refiere sentir más la diferencia entre antes y después de la TBH, en su autoestima, al poder decir lo que piensa y lo que siente. Se da cuenta que ella también es importante; hace cambios en perfilar sus límites personales de manera flexible. También aprendió a detectar la manipulación de su esposo, ganando poder al desenmascarar la intencionalidad de la pareja de minimizarla.

Tomó varias decisiones desde que concluyó la TBH. En relación a su salud, se sometió a dos cirugías, la histerectomía, y una cirugía de columna. Decidió mejorar la relación con su madre, y dejarse cuidar por ella cuando estuvo en recuperación. De igual forma, decidió expresar a su esposo su dolor físico y emocional, para que la apoyara en su recuperación. Ello nos indica una manera asertiva de comunicarse.

Los aprendizajes sobre las características de la violencia en la pareja fueron bien establecidos, ya que los reconocía y aplicaba correctamente. Estaba consciente de las diferencias con su esposo en cuanto al manejo de los ingresos y el trabajo, lo que le parecía importante para equilibrar esta parte de la relación de pareja.

Al final del tratamiento y en la entrevista de seguimiento refiere haber aprendido a identificar y nombrar sus emociones.

En la Figura 7.1 se muestra su evolución en las tres categorías: violencia ejercida por la pareja, síntomas y adquisición de factores protectores con el logro de las metas. Se puede apreciar que la mujer del C-

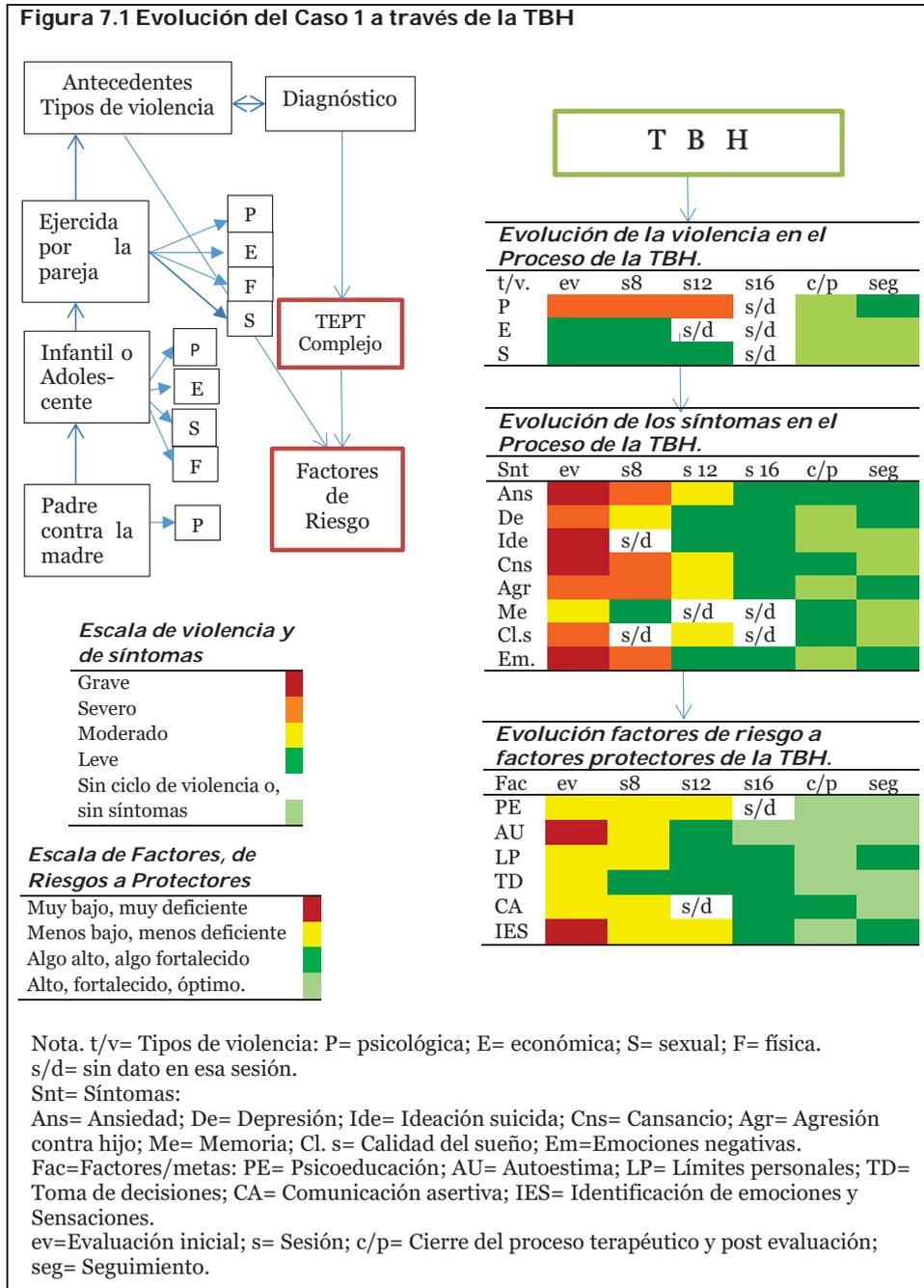
1, terminó con el ciclo de la violencia, quedando en el seguimiento, en un nivel leve la violencia psicológica. Disminuyeron significativamente todos sus síntomas, quedando en nivel leve algunos de ellos: ansiedad, depresión, agresión contra su hijo, siendo capaz de expresar más emociones positivas que negativas. En cambio, los otros síntomas se eliminaron (ideación suicida y cansancio) o mejoraron (la calidad de sueño y la memoria a largo plazo).

Adquirió todos los factores protectores provistos por la TBH, y quedaron en un nivel óptimo al momento del seguimiento cuatro de las metas: psicoeducación, autoestima, toma de decisiones y comunicación asertiva. También en un nivel algo fortalecido las metas de límites personales y de mayor expresión de emociones positivas que negativas. De igual forma, aprendió a distinguir que se trataba del ciclo de la violencia, en la relación con su hijo, en la que aún no era capaz completamente de tener autocontrol, pues todavía reaccionaba con gritos para disciplinar. El aprendizaje, en este sentido, fue distinguir el ciclo de la violencia, y tener suficiente autocontrol para detener su reacción, por lo que dejó de haber golpes.

### ***Análisis caso 1.***

La participante del C-1, alcanzó todas las metas propuestas por el plan de tratamiento, además de las que ella se propuso. Esos logros que se mantuvieron desde la conclusión de la TBH y en el seguimiento.

El nivel de violencia de tipo psicológico se redujo a un leve y los otros dos tipos se eliminaron. Aun así, refiere algunas dificultades para establecer igualdad de género cuando se trataba de asuntos de la economía familiar, pues como es bien sabido, es una tarea que se la ha conferido al hombre, y este puede sentirse desplazado o amenazado cuando se intenta hacer cambios en ello (Gómez, 2008).



La sensación de soledad y los pensamientos suicidas, desaparecieron completamente, como ella reporta. El decaimiento y estado de ánimo depresivo, se manifestaron de manera leve, en comparación al último año antes del tratamiento, asociado directamente a su convalecencia, a causa de la incapacidad de hacerse cargo de ella misma, y el nivel de dolor. Si bien hubo este decaimiento, tuvo la ventaja de usar la relajación y autosugestiones de bienestar, que le ayudaron a su recuperación, pese a no habersele enseñado directamente autohipnosis, se sintió con suficiente aprendizaje para realizarlo por sí misma, lo que evidencia el empleo de la autohipnosis en la recuperación quirúrgica y disminución del dolor al igual que algunos otros estudios (Faymonville et al., 1999; Schnur et al., 2008).

Una de las cosas más relevantes en el tratamiento de esta mujer, fue que pudiera voltear a verse, sentirse, reconocer su importancia como persona, al grado de que se amara, y tomara más en serio el cuidado de su salud, que le permitiera elevar su calidad de vida. Ahora, se da cuenta que sufrió en el pasado, pero el hecho de haber sido maltratada no tiene por qué determinar el resto de su vida.

Un aspecto interesante, es que tuvo la oportunidad de rehacer su vida con alguien más, y se lo negó en nombre de la maternidad y del esquema de familia ideal que ella había construido, pese a las condiciones familiares en las que creció, y la manera en que se desarrolló su matrimonio. Por lo que prefirió reanudar sus esperanzas, y decide colocarlas en la misma relación. Lo que se puede explicar por el modelo de las relaciones prolongadas (Echeburúa, Amor, y De Corral, 2002). Pero, el fortalecimiento obtenido por la participante, tuvo un impacto positivo en el sistema relacional, puesto que logró ciertos cambios deseados en el comportamiento de él, para un equilibrio de poderes en la pareja.

Por lo antes expuesto, podemos vislumbrar que el proceso de desaprender el patrón de violencia y aprender un modo de relacionarse saludable, continúa evolucionando en esta mujer.

En conclusión, la TBH fue efectiva en el C-1. Lo aprendido lo aprovechó para detener el ciclo de la violencia en su relación de pareja. A lo que se suma la reducción de síntomas, con lo que deja de cumplir con los criterios del TEPT complejo, sumado a el desvanecimiento de los pensamientos suicidas, y restablecimiento de las emociones positivas de alegría, motivación y deseos de vivir.

Los factores que están asociados a la efectividad de la TBH, en el C-1, son una amplia red de apoyo (Estrada-Pineda, Herrero-Olaizola, y Rodríguez-Díaz, 2012; Rodríguez-Hernández y Ortiz-Aguilar, 2014).

## **Caso 2.**

Mujer de 57 años de edad, originaria de la ciudad de Tijuana. Llegó al CUAPI en agosto 2008, canalizada por la Facultad de Derecho de la UABC, donde buscó asistencia legal para iniciar un proceso de divorcio debido a la violencia ejercida por su esposo contra ella. Se decidió a partir del último incidente, un mes antes, donde su esposo la golpeó, aunque, refiere *"siempre hay gritos, palabras altisonantes"* (sic.), tanto para ella, como para sus hijos, en conjunto a las amenazas de muerte contra ella, *"...me dice que me va a encerrar en la casa y le va prender fuego..."* (sic.).

Características sociodemográficas: casada, 26 años de matrimonio, tres hijos varones, de 18, 22 y 24 años de edad, respectivamente; el mayor ingeniero electrónico y los otros dos, estudiantes universitarios. Tiene preparación técnica de secretariado, se dedicaba al hogar, y apoyaba a niños de educación primaria; profesaba la religión católica. Su principal fuente de ingresos, según refirió en un primer momento, eran los ingresos de su esposo, quien trabajaba en San Diego, con un ingreso medio, de \$1.400,00 dólares al mes, (aproximadamente 1.292,77 EUR). Vivía en casa propia, de construcción de concreto.

### ***Motivo de consulta.***

Su motivo de consulta era divorciarse y acabar con la violencia que había sufrido por más de 26 años de su vida, considerando que comenzó desde el noviazgo.

### ***Evaluación inicial.***

Cuando se presenta, su apariencia era de una persona mayor, 10 años más

aproximadamente; se presenta aseada, con poco arreglo personal, ojos hundidos (probable deshidratación por sueño interrumpido), muy cansada. Estado de ánimo muy triste, muy depresivo, muy ansioso y aprensivo; el afecto aplanado. La memoria estaba afectada por el maltrato, mencionaba reiteradamente *"me falla la memoria"* (sic.), se evaluó como muy nublada; no recordaba eventos donde su padre actuaba con violencia y minimiza el hecho de que fuese alcohólico.

En este caso (2) había plena consciencia de la violencia proveniente de su esposo contra ella. Se trataba de maltrato crónico, en un nivel de seriedad grave, considerando lo prolongado y sistemático del abuso, los daños físicos y mentales, además de las amenazas de muerte.

Se le diagnosticó de acuerdo al DSM IV-TR con F43.1 TEPT [309.81]. De acuerdo a la conceptualización de Herman (2004), por lo consecutivo de las situaciones traumáticas, se trata del TEPT Complejo.

Durante la entrevista, mantuvo una actitud defensiva. A todo respondía con mucha insistencia, como si la terapeuta dudara de ella, o tuviera que convencerla de la gravedad de ello. Comprensible, considerando la manera en cómo había sido tratada por los actores del sistema legal -con dudas, y sojuzgando la permanencia en el matrimonio- cuando intentó denunciar la violencia, siendo revictimizada por el sistema judicial (Smith-Bonilla y Álvarez-Morales (2007):

*-Ella me preguntó- ¿por qué me quería divorciar?, [refiriéndose a la licenciada en el intento de divorcio en el 2004], y nada más me preguntó eso, y haz de cuenta que es un botoncito, y yo..., vuelta un mar de lágrimas. Y, me dijo [la abogada]: "¿y por qué hasta ahora? ¿Por qué no hace 15, 20 años?" o qué sé yo... -y yo le contesté- "aún es tiempo". (sic.) [C-2, P: 99:13, s 2].*

Todo ello resultó un paso infructuoso en su ruta crítica para salir de la violencia (Shrader y Sagot, 1998).

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Pertenece a una familia de padre, madre y siete hijos. Ella es la tercera, tiene un hermano y cinco hermanas. La familia vivía en el mismo terreno de sus abuelos maternos, hasta que estos se separaron por infidelidad y violencia del abuelo contra la abuela.

Durante la entrevista e historia de vida, expresa haber vivido una bonita infancia, sin violencia. También, tenía buenos recuerdos, de la adolescencia y juventud. Consideraba haber crecido en un ambiente armonioso, con paz y tranquilidad.

*Mi hermano no era muy apegado a nosotras, él con sus juguetes, avión, canicas, bicicletas y nosotras las mujeres jugando todas a la comidita, a las muñecas, a coser ropita para ellas, a la casita y visitándonos entre nosotras. (sic.) [C-2. P: 237:35, historia de vida].*

En estos recuerdos de situaciones cotidianas durante su crecimiento, se distingue la asignación de papeles tradicionales de género, con juegos socialmente propios para los niños y las niñas.

La madre, dedicada al hogar, su padre jornalero. Originarios de Abasolo, Guanajuato, migraron a Tijuana en busca de mejores condiciones de vida.

Define a su padre como un hombre trabajador y alegre:

*Pero a mi papá siempre lo veía yo trabajando. Él trabajaba de jornalero toda la semana y el fin de semana cuando no estaba debajo del carro, está arreglando algo a la casa, siempre él activo haciendo algo, y cuando estaba sentado descansando, pues viendo televisión, programas que lo hicieran reír. [C-2, P: 88:068, s 2].*

La relación con su madre la refiere de la siguiente forma:

*Mi mamá no era de besos y abrazos ella siempre estaba al pendiente de que estuvieramos bien, que no nos faltara ropa, comida, cuadernos que no tuvieramos frío, y se preocupaba por todos al mismo tiempo sin hacer distinción por ninguno. (sic.) [C-2, P: 237:39, historia de vida].*

*Mi mamá es la mejor mamá del mundo, no nos gritaba, no nos pegaba nada más porque sí, siempre nos explicaba que o por qué teníamos que portarnos bien" (sic.) [C-2, P: 237:41, historia de vida].*

Hace alusión a las prioridades de la madre en cubrir las necesidades de cuidado de los hijos, más no de expresión afectiva, y enseguida reflexiona en que es la mejor madre del mundo, por no gritar o pegar, sin explicaciones, y justifica con ello, el hecho de que hubiera golpes.

Refiere la relación entre los padres como buena, sin violencia, sin embargo, menciona, que su madre, hermano y hermanas, le comentan eventos de violencia del padre contra la madre. No obstante, ella los minimiza diciendo que su papá era trabajador y no hacía escándalos cuando llegaba tomado. En cambio, refiere haber presenciado violencia de su abuelo contra su abuela. Fue testigo cuando el abuelo correteó a la abuela alrededor de la mesa, con un cuchillo en la mano, y repara, que eso la asustó mucho y pensó "*que fea reacción*" [sic]. Claramente, son diferentes grados de violencia, aunque sigue siendo violencia contra la mujer por parte de su pareja, hombre.

### ***Factores de Riesgo.***

Está mujer sufría de violencia crónica. Durante sus 26 años de matrimonio, y desde el noviazgo, su esposo ejerció los cuatro tipos de violencia contra ella. Violencia psicológica: amenazas, aislamiento, juegos mentales, le interrumpe el sueño, celos, gritos, insultos y, amedrentamiento; nivel grave. Violencia económica: constantemente dejaba de aportar para la manutención de la familia, por apuestas en juegos de azar; nivel severo. Violencia física: pellizcos, empujones, apretujones, y correteos; nivel severo. d) Violencia sexual: la forzaba tener relaciones sexuales en contra de sus deseos, provocando lastimaduras; nivel severo.

La frecuencia de la violencia era a diario con discusiones y pleitos, y aumenta de intensidad cuando él llega tomado, alrededor de 3 o 4 veces por semana.

En relación de las metas terapéuticas del plan de tratamiento de la TBH, esta mujer poseía conocimientos básicos de la violencia en la pareja, como los tipos de violencia. Muy baja autoestima, se sentía criticada y devaluada, y no inteligente; mostró una autoestima contingente, al tratar de complacer a su pareja, menciona “¿*Qué más quiere mi marido?, que me tire, y me pase por encima*” (sic.) [C-2, P: 88:367, s 2]. Respuesta común en las mujeres maltratadas por períodos prolongados; se encontraba en la tercera fase de abuso crónico o prolongado (Echeburúa, Amor et al., 2002). De esta manera, sus emociones y sensaciones, también resultan afectadas, presentaba solo emociones y sensaciones negativas, de depresión, desesperanza, ansiedad, etc.

Los límites personales difusos hacia su pareja. La comunicación era deficiente y agresiva. Las decisiones las tomaba en función del consentimiento del esposo, aunque estaba consciente de que no estaba bien, y quería cambiar eso.

*Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

La participante había intentado divorciarse en dos ocasiones para salir de la violencia. Una de ellas, en el 2004, a los servicios del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a denunciar la violencia y comenzar con el proceso de divorcio. Ahí, recibió atención psicológica y asesoría legal. En asesoría legal les pidieron que no se divorciaran, acordó con el esposo: *“mejorar la relación”* (sic.), y que él, daría una cantidad de manutención por semana. Sin embargo, recuerda, después de ese encuentro, *“todo siguió igual..., golpes, amenazas, gritos, reclamos, celos, control, forzarme a tener relaciones sexuales... todo igual”*. (sic.) [C-2, P: 77:13, s 1].

Argumenta que en el DIF solo prestaron atención a la violencia económica, y no otros tipos de violencia. Pese a ello, hubo reconciliación, pues él la logró convencer de que desistiera del divorcio.

De diferentes formas, la participante trató de defenderse y ponerle un alto al abuso, pero sus intentos fueron vanos, él continuó, maltratándola.

En relación a su red de apoyo, era tipo familiar. Contaba con el apoyo emocional, de sus hijos, amigas, su madre, dos hermanas, y dos cuñadas. Estas últimas, también la apoyaban económicamente, para pago de colegiatura, libros y cuadernos de sus hijos. Sus hijos, por su parte, comenzaron a trabajar desde los 16 años, para pagar sus propios gastos, y ayudarla a pagar cuentas de los servicios.

La participante intentó salir a trabajar, pero él se lo prohibía con amenazas.

*Condiciones de salud.*

Esta mujer fue diagnosticada como pre-diabética e hipertensa, que pueden estar relacionadas al constante estrés en el que vivía. Asimismo, tenía

dificultades para levantar el brazo izquierdo, como resultado de una agresión proveniente de su esposo. Otro problema de salud, era no contar con seguro médico, o, los recursos para pagar atención médica privada.

### ***Fase de tratamiento.***

La TBH se realizó en 26 sesiones, desde agosto de 2008, hasta marzo de 2009, incluyendo las sesiones de entrevista y la de cierre del tratamiento. La participante de este caso (2), fue puntual, y no perdió ninguna cita.

El proceso psicoterapéutico, estuvo enfocado, además de las 6 metas propuestas en el plan de tratamiento de la TBH, en acompañamiento a través de la ruta crítica para salir de la condición de mujer maltratada, asesoramiento para ampliar su red de apoyo a instituciones, con el fin de salvaguardar su integridad, y conseguir el divorcio. Por lo mismo, se inició psicoeducación desde la primera sesión.

Desde ese momento, ella inicia hablando de lo cansada que se encuentra de la vida con su pareja, se muestra muy desesperada. Comenzó por ir a los juzgados, y tuvo que hablar de su caso, en tres ocasiones distintas, por cambio de abogados sin previo aviso. Para ella, esto fue devastador, era una revictimización, en el sentido de remover las heridas ocasionadas por el maltrato que no alcanzaban a cicatrizar, al tener que afrontar los cuestionamientos y juicios de los abogados. Lo que se convirtió, en más obstáculos, en la ruta crítica para salir de la violencia.

A partir de la sesión 6, se observa que había aumentado la tensión y episodios de agresión en la relación de pareja: *"Estos días, siento como que han aumentado más los pleitos, como que están más cerquitas uno tras otro, uno tras otro ..."*. (sic.) [C-2, P: 100:057, s 6].

Se trabajó en el plan de seguridad, marcando la importancia de mantenerse alerta, puesto que son momentos en los que él se siente

amenazado y puede aumentar la agresividad. Él le dice que ha cambiado, pero ella, ya no le cree. Lloro por primera vez en sesión:

*Ya estoy cansada [llora], me siento ya muy cansada, eso es lo que pasa, y cuando me está diciendo cosas, cosas y cosas, -a veces me digo- "cálmate..." [Menciona su nombre] pero ese día no iba con ánimos, pero es que ya son tantos años en los que yo me hecho porras sola, "tú eres fuerte, tú vas a... aguanta", pero no, ¡ya no, ya me cansé! [C-2, P: 100:092, s 6].*

El tipo de mensajes que se auto administró por años, eran de más tolerancia, más sumisión, más sentirse culpable por la forma en que él se comportaba. Sin embargo, con la TBH, comienza un camino de esperanza en salir de la situación, auto sugiriéndose otro tipo de mensajes:

*... hay algo, como esperanza, como un rayito de luz, y como que siento más fuerza por dentro -y me digo- "esto no va cambiar, debo seguir lo que ya empecé, porque nadie me va a venir a sacar de aquí, si soy yo, la que tiene que salir". (sic.) [C-2, P: 100:109, s 6].*

En la semana hubo otro evento de violencia, de más intensidad. La participante optó por encerrarse en una habitación de la casa, y él, a través de una ventana le arrojó una plancha; al no alcanzar a pegarle, tomó una herramienta para cortar tubos de plomería, y la amenazó con cortarle el cuello:

*...él llegó tomado, yo sé que desde el momento que sale ya va volver tomado, y va haber problemas, entonces, yo me metí al estudio, y tiene una ventanita y una reja, más la puerta. Y por la ventanita, como yo no quería abrirle la puerta, me aventó la plancha... [explica cómo se cubrió], para que me pegara, pero la alcancé a detener, y luego por la ventana, agarró*

*la segueta -y me dijo- "con esta, te voy a cortar el cuello...". [C-2, P: 101:16, s 7].*

Los hijos la protegieron. Se encuentra en alto riesgo, y, sin embargo, no tiene miedo de quedarse sola, sino de permanecer con él por más tiempo. Piensa que su esposo sospecha algo, probablemente también esté siendo asesorado, y por eso, busca la reconciliación con mayor insistencia.

Más adelante (s 8), reporta que continúan las amenazas, y el acoso sexual, mediante el que, trata de controlarla. Ante estas agresiones, la participante, decide establecer claves del plan de seguridad, con una de sus amigas más cercanas. Se siente muy decaída, agotada sin fuerzas.

Dos semanas después, disminuyen las agresiones, tanto en frecuencia, como en intensidad, pero con tanta inestabilidad en él, no es confiable. Primero le dice: *"-Él me dice- que ya está resignado, que, aunque no tengamos relaciones, él quiere ser mi amigo"* (sic.), y poco después: *"...si me dejas, me corto el cuello"* (sic.). Donde se vislumbra el chantaje emocional.

Hacia la sesión 11, es notorio cómo la participante, se siente más fuerte y no se deja amedrentar con las agresiones de su esposo. El problema fue, que entró en una lucha de poderes para ver quién puede más, aumentando con ello el riesgo de violencia.

La terapeuta le presentó, en diferentes sesiones (ss 12, 13 y 14), el riesgo en el que se encuentra, recordándole el plan de seguridad, pero ella hace alusión a sus derechos en la casa, en ser tratada con respeto, y ser escuchada. De hecho, él la escuchó en una ocasión, lo que la sorprendió mucho por no estar acostumbrada a marcarle un límite. Nota la diferencia entre tolerar y permitir, con no quiero, o, no me gusta que...:

*-me está gritando [menciona su nombre]- "acuéstate, aunque sea aquí en los pies", y yo le digo que ni en los pies, ni en nada... La última vez, le dije*

*que no me estuviera gritando porque no iba a venir, que no me gusta que me esté gritando, porque me pone de mal humor -le dije- "si te duermes calladito te ves más bonito", y ya no me volvió a hablar. ¡Me escuchó!, lo que no hacía antes. Antes me correteaba y me seguía... [C-2, P: 82:45, s 14].*

No obstante, la terapeuta remarcó, de manera empática y respetando su decisión, que siempre podrá recurrir a personas que se han ofrecido a auxiliarla. Pero ella, responde sentirse fuerte, y no como antes, cansada y sin fuerzas.

La violencia de su pareja continúa (s 16) con intimidación, gritos y amenazas. Esta vez, decide alistar sus cosas con una amiga, en caso necesario.

En la siguiente semana, llega muy contenta porque ya le entregaron la notificación de demanda de divorcio a la pareja; él, le pidió insistentemente que la retirara. Señala que no hubo violencia, lo que la hace sentir muy feliz. Sus hijos la ven cambiada, está agradecida porque no sabe cómo le salen las palabras y conductas adecuadas, dice que ya marcó su línea (límites) y se siente muy fuerte:

*...le dije que quería tranquilidad, que si él quería quedarse en la casa lo podía hacer. Pero, le pedí, que se saliera de la recámara [...]. Siento que estoy muy fuerte, yo no sé de dónde me salen las ideas y las palabras, pero me salen como si alguien me hiciera con una varita mágica. No son ofensivas, no son hirientes, no groseras. Son firmes, y digo lo que a mí me parece con los pies bien firmes... **¡Estoy muy, muy contenta, contenta, contenta!** [C-2, P: 85:72, s 17].*

Este relato demuestra la potenciación de sus recursos cuando habla de la manera en que salían sus palabras (Capafons, 2012). Esta sesión, fue crucial en mostrar la evolución que ha alcanzado. Una alta autoestima, que

ha dejado de ser contingente, y, a la vez, que se manejaba con asertividad, dejó en claro sus límites personales.

Dos semanas después, la participante, se presenta nuevamente con rostro cansado y afligida. Fue violentada nuevamente. Esta vez, decidió llamar a la policía, principalmente, por la intervención de un hijo; ninguno de ellos se había interpuesto físicamente contra el padre, hasta ese momento. Se trabajó en las emociones que esto le generó, se practicó el careo, y al final de la sesión, se le canalizó al CUMAI para revisión médica.

Posteriormente (s 23), pensó que él ya había parado, porque había estado más tranquilo, no obstante, se evaluaron los riesgos, y descubre que realmente sigue la violencia de tipo psicológico, *"...ya recuerdo... sí, me ha amenazado, me pregunta que, si ando con otra persona..."* [C-2, P: 92:043, s 23].

Es evidente en el testimonio anterior, la manera en que ella, por ser ya tan cotidiano el maltrato, deja de percibir algunas señales de la violencia.

La participante refiere (s 24) que tuvo lugar la audiencia. Se manifiesta desconcertada, y abrumada. Por razones de seguridad, se trasladó, con su madre.

Se da cuenta de los numerosos cambios, y los que vienen. Planea lo que hará y se muestra entusiasmada. Para el cierre de su proceso se da lectura al cuento "La Mariposa Dorada".

En la post evaluación, reporta sentirse muy bien. Cuida de su madre enferma, y a una sobrina, porque tuvo una intervención quirúrgica. En cuanto a lo legal, el esposo ofreció firmar el divorcio voluntario. Para evitar más agresiones, su abogada le recomendó aceptar: *-me dijo [la abogada]- "...mire, lo que usted quería era divorciarse y ya lo va lograr, ahora cuando él venga a ver a sus hijos, usted se puede salir a ver a su mamá..."*. [C-2, P: 96:66, s post-evaluación].

Era evidente, que ponía más atención a su cuidado personal, presenta una imagen más relajada y satisfecha de sus alcances. Asimismo, la retroalimentación positiva de su red de apoyo, la fortalecía aún más:

*-Me dijo mi sobrina- "tía ya no se ve con esa cara de tristeza", y mis amigas también me dijeron el viernes "ya no andas con esa cara de sufrimiento", yo todavía creo que un poquito, pero ahí voy. [C-2, P: 96:66, s post-evaluación].*

En la Tabla 18, se muestran los temas de cada sesión, la meta que se persiguió en cada una, la estrategia terapéutica empleada, así como el número de sesión en que se llevaron a cabo.

Tabla 18.

*Secuencia del tratamiento de la TBH del Caso 2*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia/s terapéutica/s	Sesiones
Historia del problema y evaluación del riesgo. Inv. TBH. Intentos previos de divorcio.	Historia del problema.	Entrevista. Evaluación del riesgo. Psicoeducación, PT, s 1.	1
RP. Hace referencia a episodios de la novela Dorian Gray. Observa intentos de cambios de conducta, en su esposo.	Entrevista. Psicoeducación.	Entrevista. Psicoeducación, PT, s 1.	2
RP. Red de apoyo. Se resguarda durmiendo en la habitación de uno de sus hijos.	Historia del problema. Psicoeducación.	Psicoeducación, PT, ss 2 y 3. Connotación positiva.	3
RP. Recibió asesoría legal, no fue fructífera. Mucho cansancio físico y emocional. No le gusta llorar, expresa emociones negativas.	Identificación de emociones y sensaciones.	Identificación de emociones y sensaciones, PT s 7. Relajación y acompañamiento. Connotación positiva.	4 y 5
RP. Pensamientos suicidas. Desesperación por un nuevo evento de violencia. Aumentó el riesgo de violencia.	Identificación de sensaciones y emociones.	Identificación de emociones y sensaciones, PT s 7. Acompañamiento. Connotación positiva.	6

Continuación Tabla 18

RP. Se siente más segura de seguir adelante con el divorcio.	Historia del problema. Psicoeducación.	Psicoeducación, redes de apoyo, PT, ss 2 y 3.	7
RP. Expresa emociones negativas. Red de apoyo. Confirmación plan de seguridad.	Psicoeducación. Identificación de emociones y sensaciones.	Psicoeducación, PT, s 3. Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: Símbolos, PT, s 8. Connotación positiva.	8
RP. Limpieza general de su casa. Se le cae el cabello, se siente sin fuerzas. Mucho llanto.	Identificación de emociones y sensaciones.	Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 9. Analogías espontáneas (participante): Lugar desconocido; y, Hambrientos de Paz. Connotación positiva.	9
RP. Continuó, deshaciéndose de cosas inútiles. Mucho llanto en la semana y con mucho estrés. No ha avanzado su proceso legal.	Historia del problema. Límites personales.	Límites personales, cuento, hipnotizada: La ciudad de los pozos. PT, s 11. Analogías (participante): Desechar; y, Santo y el diablo. Connotación positiva.	10
Sigue habiendo mucha agresión de la pareja por mantener el control. <b>Está en riesgo</b> por lo que se retomaron aspectos de psicoeducación. Muy cansada.	Historia del problema. Psicoeducación.	Psicoeducación, PT s 1. Connotación positiva. Analogías (participante): Máscara.	11
Se da cuenta que todo lo que en beneficio propio lo posponía. Habla de la demanda de divorcio.	Límites personales.	Límites personales, PT, s 10.	12
La pareja está intentando la reconciliación. Le cambiaron nuevamente de abogado en defensoría de oficio.	Psicoeducación. Autoestima.	Psicoeducación - confirmación PT, s 1. Autoestima, cuentos: El ciervo en la fuente; y, Cómo crecer. Hipnosis: Ensayo, PT s 4.	13
Violencia psicológica, chantaje -la trata de engañar, se finge enfermo-. Violencia sexual -la trató de forzar a tener relaciones sexuales-.	Autoestima	Autoestima, hipnosis: Ensayo, PT, s 5.	14

Continuación Tabla 18

Comienza a tener cuidado personal. Asiste a ginecología. Planes acerca de solución de obstáculos. La enviaron a psicología en el Centro de Salud, recibió asesoría.	Límites personales. Toma de decisiones.	Límites personales: dibujo de límites personales, PT, s 10. Toma de decisiones, metáfora: Las llaves, PT, s 13. Connotación positiva.	15
Ha mejorado su memoria, está menos nublada. Cambio de cita actuario por los festejos del Día del Pavo. Está en riesgo por la cita del actuario a la pareja.	Psicoeducación. Límites personales.	Repaso de psicoeducación respecto al plan de seguridad, PT, s 3. Connotación positiva. Límites personales, PT, s 10.	16
La pareja recibió la demanda. Él trató de hablar con ella sin gritos ni amenazas. Se siente fortalecida.	Acompañamiento.	Connotación positiva. Acompañamiento.	17
La pareja, trata de engañarla diciendo, que el divorcio no procede; se le confirmó, que el proceso es legal, y todo va muy bien.	Límites personales.	Límites personales, PT, s 11.	18
La pareja trata de persuadirla de retirar la demanda. Ella tuvo la oportunidad de expresar asertivamente toda su argumentación acerca del divorcio, entre amigos; todo sin agresiones.	Comunicación asertiva.	Connotación positiva. Comunicación asertiva, PT, s 15.	19
Llega cansada y preocupada porque él planea contrademanda; se le reorienta legalmente, y se señala la manipulación de la pareja. Continúa en riesgo.	Comunicación asertiva.	Comunicación asertiva, PT, s 16. Acompañamiento.	20
Preocupación por no sentirse preparada para el careo. Expresión de ira, y otras emociones negativas.	Identificación de emociones y sensaciones.	Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: Símbolos, PT, s 9.	21
Episodio de violencia física (golpe en la quijada). Llamó a la policía, pero esta no llegó. Se le preparó para el careo mediante juego de papeles.	Comunicación asertiva.	Comunicación asertiva, PT, s 15. Acompañamiento. Connotación positiva.	22

Continuación Tabla 18

Se le observa más tranquila y más descansada. Enseguida del episodio de violencia física anterior, fue a denunciar en el DIF, y de ahí al ministerio público. Continúa en riesgo; se repasa el plan de seguridad.	Psicoeducación. Toma de decisiones.	Psicoeducación, PT, s 3. Metáfora: Carrera de obstáculos. Acompañamiento y confirmación de aspectos legales. Connotación positiva.	23
Los hijos han intervenido cada vez más, para detener las agresiones del padre. El ciclo de la violencia se ha agudizado. No obstante, la participante está más recuperada, arreglada y entusiasta.	Límites personales.	Límites personales, PT, s 11.	24
Tuvo lugar el careo. Ya firmaron el divorcio; se trasladó, con su madre. Se siente muy feliz, por haber logrado el divorcio. Insomnio.	Identificación de emociones y sensaciones.	Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: Ensayo, PT, s 9. Acompañamiento. Connotación positiva.	25
Cierre. Durmió muy bien en la semana. Se le ve descansada y muy contenta; fue como una graduación para ella. Todas las metas alcanzadas.	Cierre.	Cierre, cuento: La mariposa dorada.	26
Varios acontecimientos en la familia, en términos de salud, y ella se hizo cargo; contenta de poder ayudar. Su apariencia mejoró visiblemente. Todas las metas se mantuvieron.	Post evaluación a un mes de concluido el tratamiento.	Entrevista de post evaluación.	Post/ eval.
Seguimiento. Todas las metas se mantuvieron.	Seguimiento a 22 meses de haber concluido la TBH.	Entrevista.	Seguimiento.

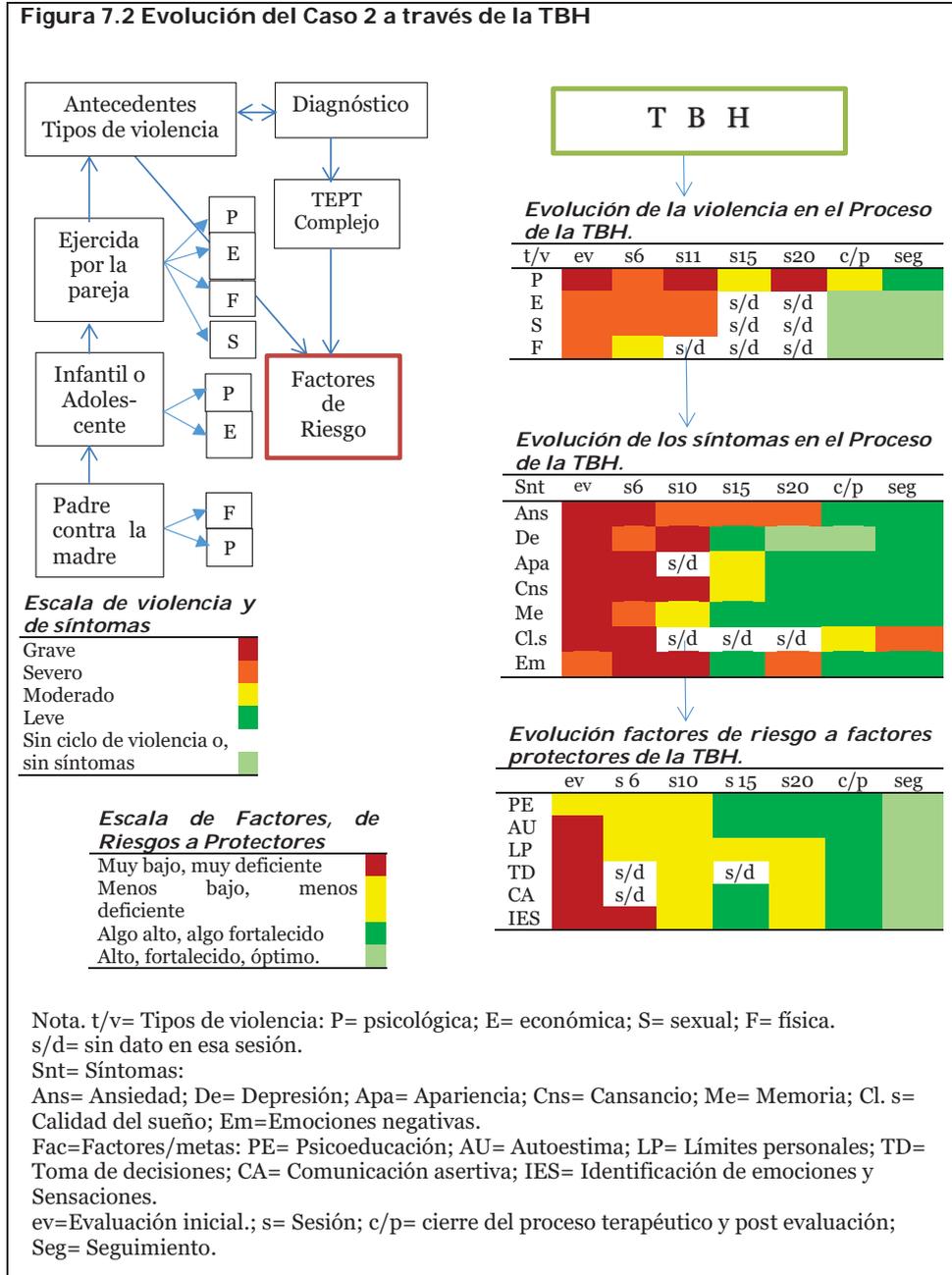
Nota. Pt, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH= invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= relación de pareja, descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la interacción comunicación con él.

### ***Seguimiento caso 2.***

Para este momento, la mujer del caso 2, vivía en su casa, con sus hijos, y la principal fuente de ingresos era su hijo mayor. La única violencia que había por parte de su expareja, era de tipo psicológico en un nivel leve, tratando de molestarla cuando iba a visitar a sus hijos, pero ella le marcaba un límite, no permitía que la afectara, y se mantenía fuera del ciclo de la violencia. Todos los síntomas se redujeron a un nivel leve, con excepción de la calidad del sueño -dormía muy pocas horas sin obtener el descanso necesario-. Se le observó satisfecha y agradecida por lo alcanzado en la TBH. Especialmente, apreció mucho que la terapeuta no la presionara a tomar decisiones, precisamente porque era una de las formas de control que la pareja utilizaba hacia ella.

La figura 7.2 presenta la evolución de la participante. En este caso la tabla de la evolución de la violencia no es representativa en cuanto a la violencia, ya que las sesiones examinadas no aportaban los datos de los diferentes momentos de violencia. Esta mujer estuvo en constante riesgo de violencia durante todo el proceso de la TBH, con puntos más álgidos que otros. Por ejemplo, en la sesión 22, menciona un evento de violencia física, donde tuvo que recurrir a la policía, aunque esta, desafortunadamente no se presentó, el hecho de llamarla, bastó para que él se detuviera y saliera huyendo.

Las metas del tratamiento de la TBH, al momento del seguimiento, se evaluaron en un nivel óptimo: asimiló todos los aspectos de violencia en la pareja; mantiene una alta autoestima, en un nivel saludable, no narcisista; identifica y maneja sus emociones y sensaciones, siendo más positivas, y pocas negativas; aprendió a marcar sus límites personales de manera flexible; mantenía una comunicación asertiva; tomaba decisiones constantemente con seguridad, calculando las posibles consecuencias de las mismas.



Los logros más significativos para ella fueron recobrar su poder de decisión, y priorizar su autocuidado, además de haber logrado el divorcio, y con ello, liberarse de la violencia.

### ***Análisis caso 2.***

El caso de esta mujer (C-2), es muy ilustrativo de la ruta crítica que siguen las mujeres maltratadas para salir de una relación violenta (Shrader y Sagot, 1998) y de la revictimización por el sistema legal (Smith-Bonilla y Álvarez-Morales, 2007).

Había hecho dos intentos previos a la TBH de salir de la situación. Sin embargo, en ambos se encuentra con respuestas opositivas del sistema legal y asistencial, y sin recursos personales suficientes para mantenerse firme en su propósito de conseguir el divorcio. Y, por ende, en esos intentos fracasó.

Por ello, el tratamiento se destinó, principalmente, en proporcionarle acompañamiento en la ruta crítica que había emprendido, dotarla de factores protectores, mediante el logro de las metas establecidas en la TBH, para que ella pudiera alcanzar con éxito su deseo de acabar con la violencia mediante el divorcio.

De esta forma, este caso, mostró claramente, todos los obstáculos por lo que atraviesan mujeres que desean salir de la violencia. Desde sus dos primeros intentos, fue comenzar por buscar información, que no le daban tan fácil y claramente; cuestionamientos, rechazo de sus argumentos, emisión de juicios, críticas, y demás, eran las respuestas que iba recibiendo en las instituciones (Shrader y Sagot, 1998). De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (s/f), las deficiencias de la respuesta judicial contra la violencia a la mujer, evita que se lleven a cabo los procedimientos ya establecidos con el debido esmero y dedicación, para combatir la impunidad e inhiben a las mujeres para

denunciar legalmente (Fleury-Steiner, Bybee, Sullivan, Belknap, y Melton, 2006).

Precisó afrontar el riesgo de violencia durante todo el proceso legal, que se incrementaba cuando se sentía amenazado el esposo de perder poder y control sobre ella. Fueron muchos los momentos críticos durante la TBH. Desde la sesión 6, hubo situaciones de alto riesgo, incluso en peligro de muerte. No obstante, ella no se rindió, siguió adelante hasta alcanzar su cometido.

En la entrevista de seguimiento, se observó el sostenimiento de los alcances de los factores protectores de la TBH, y progresaba en la adaptación a su nueva vida.

Un aspecto importante que le brindó la TBH, fue contar con el respaldo de la terapeuta para tomar libremente sus decisiones, y con ello, pudiera ratificar el camino que ella misma se había trazado, además de, fortalecerse para sortear todos los obstáculos, y finiquitar así, la ruta crítica emprendida hacia la liquidación de la violencia ejercida por su pareja.

### **Caso 3.**

Mujer de 41 años de edad, originaria de Tacámbaro, Michoacán y radicada en la ciudad de Tijuana. Llegó al CUAPI por ayuda psicológica a partir de una plática de difusión del proyecto, en la secundaria a la que acudía su hijo.

Características sociodemográficas: Estado civil: unión libre; madre de un hijo de 13 años y dos hijas, de 1 y 9 años, respectivamente. Escolaridad: secundaria técnica comercial. Negocio propio de imprenta, y venta de cosméticos; tienen ingresos familiares de \$4000.00 pesos al mes (que equivalen aproximadamente a 226 EUR).

#### ***Motivo de consulta.***

Las constantes peleas con su pareja desde que se juntaron 14 años atrás. Estaba muy consciente de su situación de violencia y deseaba separarse.

#### ***Evaluación inicial.***

Acudió al CUAPI por la violencia en la pareja, por lo que se valoró en un alto grado de motivación para recibir atención psicológica a causa de los efectos de la violencia.

Aparentaba una edad aproximadamente 10 años más a la cronológica, muy cansada, y poco cabello; su actividad motora y habla, un poco aletargados. Presentaba un alto grado de tensión, ansiedad, ira, tristeza, depresión; mucha culpa, algo atemorizada, con llanto frecuente; recuerdos nublados, sin ideación suicida y poca racionalización; reporta mucha agresividad contra sus hijos/as; sueño, nada reparador.

Cumplía con los criterios diagnósticos, de acuerdo al DSM IV-TR, del F43.1 TEPT [309.81].

***Datos de la entrevista e historia de vida.***

Se expresa acerca de su infancia y niñez, sin permitirse ahondar mucho en ello, en su historia de vida de manera confusa, breve, y en términos muy generales. Describió su vida mayormente a partir de que vivió con su primera pareja y no hizo referencia a situaciones anteriores, además de no ser específica en las fechas.

*Antecedentes familiares.*

Es la cuarta de siete hermanos, tres mujeres y cuatro hombres, vivía en casa de sus abuelos paternos. La madre de la participante estaba dedicada al hogar, y el padre casi no convivía con ella. No recuerda desde cuándo reside en Tijuana, pero, según su historia de vida, desde que era niña. Sus estudios fueron elegidos por sus padres.

Violencia en la infancia: de tipo sexual, sus hermanos aceptaban dinero para que “un hombre” la tocara.

*Relaciones de pareja.*

Al terminar sus estudios en comercio conoció a su primera pareja con el que tuvo un noviazgo de 5 años, en ese tiempo vivió violencia de tipo psicológico, sin identificarla: “...vivi un noviazgo algo tormentoso por celos pero algo bonito...” (sic.) [C-3, P: 129:10, historia de vida].

Se infiere, interpretó los celos como algo normal en las relaciones de noviazgo. Se casó con él, después de 5 años de noviazgo; a los 6 meses tuvo un embarazo molar.

En esa relación, ella era bastante independiente y tomaba las decisiones por ambos. No menciona cuánto tiempo duró esa relación, solo que concluyó por falta de comprensión y comunicación. Se separa sin reclamar nada de bienes, para que él aceptara el divorcio.

Terminando esa relación, conoció a la pareja con la que vivía al momento de la entrevista, a quien se unió por un embarazo no planeado, siendo consciente del abuso de alcohol y drogas, porque pensó poder ayudarle a dejar todo eso. La participante vivía inconforme con la situación, decepcionada, no obstante, mantuvo la relación. Lograron establecer un negocio exitoso, que luego decayó.

Tuvo un aborto en el tercer embarazo, que la deprimió mucho, y la hizo reflexionar sobre su maternidad. Después, tuvieron otra hija, y siguió trabajando en ventas, para estar pendiente de sus hijos/as.

### ***Factores de riesgo.***

Se identificaron tres tipos de violencia provenientes de la pareja. La violencia de tipo psicológico se evaluó en un nivel grave. Él abusaba y almacenaba drogas, y la incertidumbre de las posibles consecuencias en la familia era muy tormentosa para la participante, causándole insomnio. Los otros dos tipos de violencia, física y económica, en grado leve y severo, respectivamente.

Inició el proceso terapéutico a dos meses del último evento violento, y se encontraban en la etapa de reconciliación. Él le pidió hacer “borrón y cuenta nueva” (sic.), pero, ella ya no confiaba en él, por las recaídas en el alcohol. De esta manera se presentaba el ciclo de la violencia.

Tenía muy pocos conocimientos sobre violencia en la pareja. Muy baja autoestima, se devaluaba, y se culpaba por todo. Se sentía inferior a sus hermanas, las consideraba exitosas, mientras ella se concebía como fracasada.

Los límites personales eran difusos y rígidos con su pareja, aun cuando identificaba las agresiones y trataba de poner un alto. En el aspecto económico era de mucha más dificultad para marcar límites. Ella le pedía asumir la responsabilidad, él solo respondía con evasivas. Así, ella tomaba el cargo vendiendo cosas, y sus padres la apoyaban con algo de dinero, para sostener el hogar.

Se trataba de una familia tradicional, donde se espera sea el hombre quien sustente el hogar. No se podía pensar en invertir los papeles, puesto que él también le exigía cumplir con las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, mostrando así, su control y poder masculino. Todo ello, generaba a la participante un estado de ansiedad.

En cuanto a las decisiones, las tomaba con dificultad. La participante era muy insegura para tomar cualquier decisión, a causa de la culpa por haber dejado a su primer esposo, por considerarla una mala decisión.

La comunicación era asertiva, en cuanto a ser clara y directa, pero unidireccional. Ella hablaba, sin recepción de la pareja, a menos que fuera con agresiones. Lo que la deprimía bastante; básicamente, identificaba y permanecía con emociones y sensaciones negativas, mencionadas en la evaluación inicial.

#### *Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

Usualmente la participante se apoyaba en su familia, principalmente sus hermanas, para sobrellevar la situación. Era apoyada económicamente por sus padres. Afrontaba la situación agrediendo a la pareja de la misma

manera que él lo hacía contra ella, con golpes y empujones, pero, por la diferencia de la fuerza de uno y otro, ella terminaba perdiendo.

#### *Condiciones de salud.*

La participante padecía de presión arterial baja, dolores de cabeza, cuello y espalda, además de sentirse cansada y fatigada la mayor parte del tiempo, síntomas posiblemente consecuencia del estrés experimentado por la violencia.

#### *Fase de tratamiento.*

El tratamiento que siguió la participante del caso 3, con un total de 24 sesiones, se describe en la Tabla 19.

Tabla 19

*Secuencia del tratamiento de la TBH del Caso 3*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Historia del problema y evaluación del riesgo. RP. Psicoeducación. Inv. TBH.	Obtener la historia del problema. Toma de decisiones pasadas.	Entrevista, psicoeducación, PT, s1, y toma de decisiones, PT, s 13.	1,2 y 3
RP. Ciclo de la violencia, signos del abusador y plan de seguridad.	Psicoeducación	Psicoeducación, metáfora: La tormenta PT, ss 2 y 3. Connotación positiva.	4 y 5
Interacción de la toda la familia; disciplina con agresión por parte de la pareja; ella se siente ambivalente al respecto.	Identificación de sensaciones y emociones.	Metáfora (espontánea-paciente): Ruptura de la concha. Hipnosis: Símbolos, PT, s 7.	6
Terminación del curso de escuela para padres. * Autoestima.	Psicoeducación, redes de apoyo. Autoestima.	Psicoeducación, PT, s 3. Autoestima, PT, s 6.	7
La difícil situación económica; indecisión de la paciente por dejar a su pareja; y, sobre expareja.	Psicoeducación. Toma de decisiones.	Reforzamiento aspectos de la Psicoeducación, PT, s1. Toma de decisiones, PT, s 13. Analogías (terapeuta): Montaña rusa; y, Evolución de la jirafa.	8 y 9

Continuación Tabla 19

Violencia económica. Él juega un papel de hijo con la participante. Sensación de malestar general.	Metas personales.	Sugestión hipnótica de Ensayo. Analogía (participante): Empaquetada. Connotación positiva.	10
Situación económica. Búsqueda de soluciones. RP	Toma de decisiones. Sentimientos de culpa.	Metáfora (espontánea terapeuta): La puerta. Connotación positiva a todos los intentos por solucionar sus problemas.	11
Toma de conciencia sobre la relación de pareja y toda la situación familiar, para la toma de decisiones. RP	Límites, y confirmación de la toma de decisiones.	Límites personales, narración: Historia del Águila, PT, s 11, y Toma de decisiones, PT, s 14. Connotación positiva.	12
Empleó con su hermana. Reducción de peso corporal asociado a mayor actividad física. Identificación de sensaciones y emociones. RP.	Sensaciones y emociones.	Identificación de emociones y sensaciones, PT, ss 7 y 8. Connotación positiva.	13 y 14
Retoma propias metas terapéuticas. La sensación de soledad. Enfermedad de un pariente en otro Estado de la República. RP.	Sensaciones y emociones, autoestima, y metas personales.	Analogía: Cerillos como las emociones. Extensión de sensaciones y emociones, Pt, s 8 y, de autoestima (confirmación). Connotación positiva.	15
Intento de salir de su casa por la violencia económica, psicológica y, el almacenamiento de drogas, por parte de la pareja. RP.	Sensaciones y emociones.	Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: Símbolos, PT, s 9.	16
Red de apoyo, relación familia de origen. RP. Vinculación de la comunicación asertiva con los límites personales. Red de apoyo. Más problemas para dormir.	Límites. Comunicación asertiva.	Límites, PT, s 10. Comunicación asertiva, PT, s 15. Connotación positiva.	17
Red de apoyo. RP	Reforzamiento psicoeducación.	Metáfora (paciente): Gritar en el desierto.	18

Continuación Tabla 19

Culpa por haber dejado a su primera pareja. Los recursos que representa su red de apoyo.	Toma de decisiones, y límites.	Hipnosis: Símbolos, PT, s 12. Connotación positiva.	19
El cambio en la comunicación con sus hijos; uso del diálogo. Re encuadre respecto al divorcio/eliminación de la culpa.	Límites Metas personales – culpa.	Reencuadre (respecto al divorcio). Hipnosis: Símbolos, PT, s 11.	20
Educación de los hijos/disciplina.	Comunicación asertiva	Derechos asertivos, PT, s 16. Connotación positiva.	21
Retiro religioso con su hija/estilos de paternidad-maternidad. Acciones con límites flexibles y claros. RP.	Límites	Límites personales, hipnosis: Disfraces, PT, s 11. Connotación positiva.	22
Los problemas económicos/ deudas con los servicios públicos. Prioridad en el bienestar de ella y de sus hijos.	Sensaciones y emociones	Metáfora: Heridas, PT, s 8. Connotación positiva.	23
RP posibilidad de internar a su pareja en un centro de rehabilitación. Cierre	Revisión del logro de las metas. Cierre	Revaloración de los alcances del proceso terapéutico. Connotación positiva. Cuento: La mariposa Dorada.	24
RP/violencia económica/búsqueda de trabajo. Relación con los hijos.	Revisión del mantenimiento de las metas.	Entrevista a un mes de Post/concluido el tratamiento. eval. Connotación positiva.	

Nota. Pt, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH=invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= relación de pareja, descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la interacción comunicación con él.  
\*Asistía a escuela para padres antes de comenzar con el tratamiento, y concluyó el curso en la 7a semana de tratamiento.

A partir de la sesión 7, comienza a sentirse contenta. Reporta que, desde el inicio de la TBH, mejoró su salud. Además, comenzó a dejar de sentirse culpable por lo que sucede en su familia, especialmente por el comportamiento violento de su pareja:

*C-3: ... ayer, primero anteanoche me estuvo, así... gritando ya te deberías de largar y que no sé qué, yo dije sí... [...].*

*T: Y esta vez ¿cómo sientes que lo manejaste, o lo manejaron como pareja?*

*C-3: Ya hay más la apertura de él pues a entender, o sea, si hubo ese "ya vete, lárgate", pero ya no me siento, así como que soy la culpable de esto, y puedo hablar con los niños y explicarles, en otras veces me agarraba llore y llore, "y yo soy la que tengo la culpa", como víctima, así me había sentido. ¡Ahorita no! [C-3, P: 127:31-35].*

Ocurrió un pequeño avance terapéutico. Comprende lo que significa jugar el papel de víctima. Acepta que hubo un evento violento, pero de menor intensidad, y con algo de comunicación.

En la sesión 9, la participante hace una observación sobre su situación muy importante en cuanto a la influencia que tiene uno sobre el otro en una relación de pareja:

*C-3: ¡Tengo miedo, tengo miedo! fíjate que siempre he sentido... ¿Cómo pude dejar a mi esposo y venirme con él?, ¿por qué? porque yo lo iba a cambiar [con voz entrecortada] y no, al contrario, él me ha cambiado a mí.*

*T: ¿Sientes que te ha cambiado?*

*C-3: Sí, yo era una persona bien luchona, que no me importaba, no me importaba..., ningún problema era obstáculo para mí, yo lo solucionaba. Y ahorita, me siento así... como que... me sentiría culpable si algo me pasara, es lo que yo digo... "¿Cómo? Si yo tenía una familia estable, yo ya tenía casa, yo ya había luchado y había hecho mucho". Y acá, ¿por qué no lo puedo hacer? [...]. Me puede, me duele que ellos [su familia] vean todos los problemas que tenemos... [C-3, P: 128:088-90, s 9].*

Por un lado, demuestra frustración por no haber logrado cosas que había conseguido con su primera pareja. Por otro, fue darse cuenta de la influencia ejercida por la pareja en sus modos y costumbres. La consecuencia de ello se traduce en desbalance en el sistema conyugal,

tornándolo disfuncional, cansado, además de doloroso. Cuando lo esperado sería una influencia mutua hacia el crecimiento de ambos como individuos y como pareja.

A partir de la sesión 14, se comienzan a diferenciar cambios más claros y significativos, aunque sigue dudando mucho de cuáles son sus alternativas, y cuáles tomar. Reporta estar más tranquila, y comienza a identificar tantas emociones positivas como negativas, con lo que ya hay más equilibrio en sus emociones.

En la sesión 16 la participante descubrió un nuevo robo de dinero por parte de su pareja, además de haberle encontrado drogas, lo que la movió a tomar la decisión de salirse. Se va con los padres, pero la hacen sentir como arrimada, juzgada, rechazada, no bienvenida, por lo que decide regresar a su casa. De esta manera, se advierte que esta red de apoyo familiar era limitada, es decir, la apoyaba siempre y cuando, ella se mantenga en su propio espacio, y no los obligue a hacer cambios en su cotidianidad.

Sesión 20, comunicación asertiva con los hijos en base al diálogo. La interacción con su pareja se mantiene estable, no han tenido peleas, lo que indica que pueden estar en la fase de reconciliación, o bien, poniendo fin a la violencia.

En las últimas sesiones (21-23), menciona que siguen durmiendo separados. Si bien, necesitó poner un límite rígido de momento para poder avanzar, se identifican con más claridad sus acciones donde es capaz de poner límites claros y flexibles, en una comunicación asertiva con su pareja, al igual que con sus hermanas. Lo que afecta positivamente sus emociones en dejar de sentirse de menor valor que sus hermanas.

Igualmente, un cambio más definido en la culpa por haber dejado a su primera pareja. Menciona que habló muy claro y de frente, y que, por lo tanto, no tenía por qué sentirse mal al respecto:

*Y... ahora que iba caminando -me dije a mi misma- "...siempre tengo muy presente mi otra pareja", -me dije- "yo no tengo porque pedirle perdón de nada, no siento que me tenga que perdonar de nada, yo hable claro, hable de frente y me fui". Siento como que yo misma me quité eso, que lo tenía muy marcado, el sentirme mala, el sentirme como que yo fui la que traicioné. [Repite] "Yo hablé de frente, hablé claro y, y me fui". Creo que hubiera sido peor engañar y quedarme callada. [C-3, P: 118:400, s 23].*

Esta resolución de la culpa significó un gran avance terapéutico. Era algo que la había tenido como "atorada en el camino" por tanto tiempo (14 años aproximadamente). Tener la posibilidad de vivirse más en el presente que en el pasado, le dio un giro en la perspectiva de vida. Comenzó a sentirse con derecho a ser feliz, aumentan la cantidad y frecuencia de las emociones positivas, además de ser capaz de tomar decisiones que la beneficiaran, y no solo a los demás.

Se dio cierre a la TBH en la sesión 24, una vez que logró todas las metas propuestas.

En la sesión de post evaluación, a un mes de concluido la TBH, la participante reconoce que hizo muchos cambios en ella, de acuerdo a sus metas personales, y las del tratamiento, tales como: a) comunicación más asertiva con sus hijos, en donde dejó "de explotar" (sic.) en ira; b) marca límites personales clara y flexiblemente hacia las tres generaciones: pareja, hijos y familia de origen; c) identificación y manejo de sus sensaciones y emociones, al reducir significativamente las emociones negativas, y aumentó sus emociones positivas; d) su autoestima se fortaleció, alcanzando un nivel de alta autoestima; e) sus conocimientos sobre violencia los tiene presentes para aplicarlos junto con las habilidades aprendidas en el tratamiento; f) y, toma decisiones, consciente de las consecuencias, con disposición a afrontarlas, como el hecho de no haberse separado de su pareja.

La pareja seguía en la misma situación de no querer trabajar y tampoco le ayudaba en el hogar, ella estaba buscando un trabajo formal, y aunque no había tenido éxito en encontrarlo se sentía contenta por intentarlo. Asimismo, seguía en el entendimiento de vivir con su esposo por la necesidad de vivienda, pero dormían en cuartos separados; tampoco estaban permitidos gritos entre ellos.

La relación con sus hijos mejoró, se dio cuenta cómo los cambios que ella había logrado se reflejaban en sus hijos, aunque hay que señalar, su hijo mayor también recibió psicoterapia. Las muestras de afecto eran más fluidas y aceptadas mutuamente, madre-hijos:

*...he visto...como más acercamiento hacia mí: 'te quiero mucha mami, déjame estar contigo, ¡abrázame!'...siento, así como que los estoy jalando conmigo. Ya que antes era: "ay no, hazte p'allá (sic.), hazte... p'allá (sic.), me siento mal, y me duele esto y me duele aquello..." [C-3, P: 120:382, s postevaluación].*

De igual forma, ya aceptaba elogios o halagos, porque identificaba una sensación más agradable ante este tipo de sucesos, con lo que va dejando atrás la rigidez.

### ***Seguimiento caso 3.***

En el seguimiento a un año y medio de haber concluido la TBH (24/03, 2011), reporta muchos cambios en ella. Los beneficios de la TBH que se mantuvieron son: límites personales claros y flexibles; sentirse más tranquila, libre, con más variedad de emociones; autoestima fortalecida; la toma de decisiones más asertiva; uso de la comunicación asertiva más frecuente que antes del tratamiento; distinguir los elementos de las

relaciones violentas. Es decir, todos los alcances obtenidos a través de las metas de la TBH, los sostuvo.

Algunas de sus decisiones y acciones determinantes para su relación de pareja y la familia, fueron: a) quedarse con su pareja e internarlo en un centro de rehabilitación, lo que él agradeció, ya que por sí mismo no lo hubiera hecho, según ella menciona, él le hizo saber. A partir de ello, dialogan y llegan a acuerdos con más frecuencia. Fue un hecho que refleja su evolución en toma de decisiones, límites y comunicación asertiva; b) volver a levantar su negocio de imprenta junto con su pareja, en donde se refleja su autoestima fortalecida, y la toma de decisiones asertiva; c) en cuanto a sus emociones, continuó con una gama más amplia de ellas, especialmente positivas, se siente con más ánimo, contenta, tranquila, etc. pero, a veces, reconoce, se ha decaído, se pone triste, si bien ahora con una perspectiva diferente en donde se permite sentir la tristeza, y si es necesario, llorar, dándose el tiempo para descansar y recomponerse:

*Me siento más libre..., más..., con más ánimo ¡Eh! Sí me he caído..., y me doy el tiempo de sentirme mal, de llorar, de estar triste, de que, si necesito acostarme un ratito, lo hago. Antes, ¡no! era un cansancio, o me iba a extremos, de plano, estática, como que ni me hablen, ni me molesten [...]. Y ahora, me doy el tiempo de si me siento mal, me atiendo. [C-3, P: 257:060, s seguimiento].*

Antes de la TBH, con la pareja era de al menos una vez por semana las peleas, reclamos, insultos, etc., mientras que, en el seguimiento, se abre el lapso entre un evento y otro del ciclo de la violencia hasta por tres meses, con una intensidad leve. Ahora, solo de ella contra él, lo cual no deja de ser un problema de equilibrio en la pareja.

Con el/las hijo/as, también se redujo considerablemente la frecuencia e intensidad, ya no hay golpes, solo gritos ocasionales.

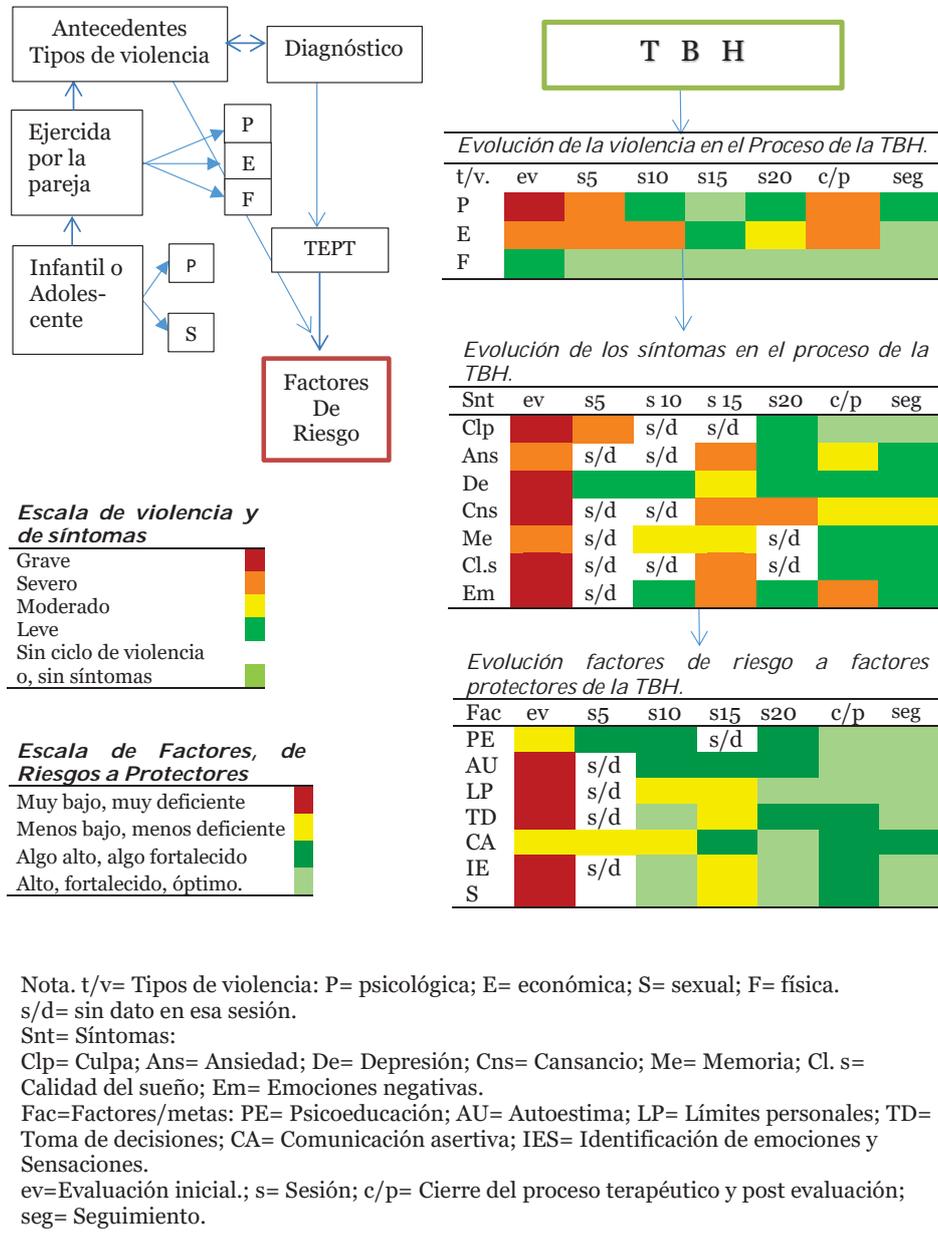
Otro aspecto muy relevante, menciona que la TBH le ayudó mucho, en disolver las emociones dañinas que la perseguían desde niña, por el abuso sexual infantil que vivió:

*Fíjate que superé varias cosas, yo sufrí abuso sexual, este... yo siento que desde niña. Yo de aquí, ¡ya lo borraré!* [C-3, P: 257:064, s seguimiento].

*...me siento, así como que..., que sí lo liberé, que sí lo solté, que ahora lo recuerdo, pero no con ese daño [...]. Lo que ya pasó, allá quedo, ya no puedo hacer nada, este..., [...], te digo, aprendí a soltar ese dolor ...* [C-3, P: 257:069, s seguimiento].

Aun cuando no era parte del plan de tratamiento, fue un beneficio adicional de la TBH. En la Figura 7.3 se muestra cuál fue su evolución. Todos sus síntomas disminuyeron. Al momento de la entrevista de seguimiento, aparentaba una edad más cercana a la cronológica, y se le observó algo ágil, arreglada; su actividad motora, habla y comportamiento general, normales; se siente tranquila y contenta. Reportó mucho menos tristeza, sin culpa, recobró su seguridad en ella misma, y muy poco llanto; muestra recuerdos muy claros y se mantuvo sin ideación suicida; poca racionalización; reporta menos agresividad contra sus hijos/as; y sueño más reparador.

Figura 7.3 Evolución del Caso 3 a través de la TBH



En relación a la violencia, la de tipo económico, prácticamente desapareció, cuando él se comprometió a trabajar y levantar, junto con ella,

el negocio que tenían de imprenta; la violencia física, también se desvaneció bidireccionalmente. La única manifestación de violencia que permanecía era de violencia psicológica en un nivel leve, y era de ella hacia él, lo que mantenía un desequilibrio en el sistema conyugal.

Al prevalecer más cambios positivos que negativos, la participante decide no separarse de su pareja, y, por el contrario, continuar juntos intentando mejorar la relación.

### ***Análisis caso 3.***

Podemos concluir que en este caso (3) la TBH fue efectiva en la medida en que ella incrementó sus recursos personales para resolver problemas, con lo que mejora la relación con su pareja, pero todavía más con los/a hijos/a, así como con la familia extensa.

Fue observándose un progreso lento a lo largo del tratamiento; fue hacia la última parte del tratamiento (de la sesión 17 en adelante), y en el seguimiento, donde reporta haber tomado decisiones que hicieron la diferencia; el haber internado a su esposo en un centro de rehabilitación fue determinante. Aunque no se debe perder de vista la posibilidad de recaídas, por lo que, el pronóstico fue algo incierto. No obstante, es de esperarse que no regresen al mismo ciclo de violencia por haber obtenido suficientes factores protectores, y reducir la sintomatología, traducidos en recursos personales, que le permiten percibir las situaciones con más claridad para afrontarlas de una manera más saludable.

Asimismo, el dejar de compararse con sus hermanas o guiarse por las normas tradicionales de su familia, le permitió dejar de esperar que su pareja fuera el único proveedor, e hicieron una distribución del trabajo más equitativa, con lo que establecieron una relación de pareja más equilibrada en cuanto a la distribución de las tareas dentro de casa.

La situación global que logró la participante del caso 3 modificó su calidad de vida. Vive más tranquila, con más ánimo, con mucha menos violencia en la pareja. Ello tuvo un efecto sistémico positivo en toda la familia, donde lo económico pasó a ser un problema solucionable. Ella reconoce estos cambios, que comenzaron por la reducción de la violencia, manejo de las emociones, librarse de los sentimientos de culpa, mediante lo cual, pudo tomar decisiones importantes. De esta forma, fue capaz de realizar otros cambios, mediante una mayor aceptación de los intercambios afectivos con el/las hijo/as.

#### **Caso 4.**

Mujer de 41 años de edad, nacida en Amealco, Querétaro, México, y radicada en la ciudad de Tijuana desde hace 25 años. Llegó al CUAPI en busca de ayuda psicológica para sus hijos de 9 y 12 años de edad, a partir de la plática informativa del proyecto. La terapeuta de su hijo, detectó la violencia por parte de la pareja, la invitó a participar en el estudio, y accede, pese a tener consciencia parcial de la violencia.

Sus características sociodemográficas eran: divorciada desde hace tres años, el matrimonio duró 9, sin embargo, su exesposo, no dejó la casa hasta unos meses atrás:

*Como 11 años, bueno no, porque el divorcio fue a los 9 años, pero como él se acaba de ir apenas en octubre, pues sí, lo siento como que apenas es el divorcio. (sic.) [C-4, P: 186:355, s 1].*

Pese al divorcio, el maltrato no había cesado; era de tipo psicológico, económico y sexual. Estudios de bachillerato, y estaba aprendiendo inglés en la UABC. Ocupación: peluquera, con un ingreso de aproximadamente \$ 4.500,00 pesos mensuales, más la pensión alimenticia de los niños por parte del exesposo, de \$4.400 pesos; sumando ambos ingresos \$8.900,00 (aproximadamente 493,133 €), en un nivel económico bajo medio. Profesa la religión católica.

#### ***Motivo de consulta.***

Desea dejar de maltratar a sus hijos: *“Pues yo soy muy violenta cuando quiero hacer todas las cosas, y los niños no me ayudan en la casa, los regaño, les grito y les pego”.* (sic.) [C-4, P: 186: 196, s 1].

### ***Evaluación inicial.***

Aparentaba una edad 10 años mayor a la cronológica; se mostraba muy tensa y comportamiento ansioso (se rasca constantemente la cabeza, la cara o el cuello), aparentaba estar muy cansada. Su estado de ánimo era ansioso, se mostraba tímida, hablaba poco y con poca expresión facial, control rígido de las emociones, muy seria y desconfiada. Sueño poco reparador, además de sentirse amargada, y emociones negativas en un alto grado de intensidad: ira, agresión, miedo, culpa por el fracaso de su matrimonio, y por agredir a sus hijos. Racionalizaba constantemente, y tenía consciencia parcial del maltrato vigente.

Muestra dificultad por evitación, para recordar sucesos de su vida en general, y de la violencia sufrida, todavía más: *“pero yo preferiría no acordarme”* (sic.).

Violencia en la infancia: Psicológica al ser testigo de la violencia ejercida por el padre contra la madre; de tipo sexual, por parte de un tío político que abuso de ella a los 11 años, y la acosaba durante la adolescencia.

Pese a sus síntomas, era una persona bastante funcional, pero cumplía con los criterios para ser diagnosticada con F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) [300.02].

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

La participante refiere, en su historia de vida, no recordar mucho de su infancia. Su madre trabajaba mucho para sostenerla a ella y a sus hermanas. Creció sin mucha supervisión, la hermana mayor la preparaba para ir a la escuela y cocinaba para todas. La madre sostenía el hogar, el padre las abandonaba constantemente, y las pocas veces que este se

presentaba, lo hacía en estado de ebriedad: “*Las pocas veces que mi papá venía a mi casa, estaba tomado y me daba miedo, trataba de no acercarme cuando él estaba*” (sic.) [C-4, P: 243:4, historia de vida].

Fue testigo del maltrato psicológico, físico y económico, del padre contra la madre. En la generación anterior a sus padres también hubo violencia, al grado de que ambas abuelas murieron por las golpizas que les propinaban los respectivos abuelos. Por lo mismo, la madre en algún momento de sensatez, se divorció, y posteriormente, advierte a su hija (C-4) sobre el maltrato.

A los 16 años de edad migró a la Ciudad de Tijuana. En ese tiempo estudió la preparatoria, y en vacaciones, regresaba a su pueblo. Menciona haber querido regresar a establecerse allá, en Querétaro, pero regresó a Tijuana donde ha permanecido los últimos 25 años, aproximadamente: “*Un tiempo me regresé a mi pueblo y tuve empleos, pero ya no me acostumbré, y regresé a Tijuana*” (sic.). Ya establecida en Tijuana, continuó con sus estudios y trabajando, más adelante, contrajo matrimonio. Dejó el trabajo por su primer embarazo al ser este de alto riesgo. Regresa a trabajar a los seis meses del parto, por dos años, entonces decide tener otro hijo, aun cuando su pareja no lo deseaba, y los problemas eran más patentes.

#### *Otras parejas.*

Antes del matrimonio tuvo una relación amorosa con un hombre casado, y era algo que no se había perdonado hasta el momento de la entrevista. No había tenido otras relaciones después del divorcio por temor a la posible revictimización.

### ***Factores de riesgo.***

#### *Tipos de violencia.*

La participante sufrió los cuatro tipos de violencia, física, psicológica, económica y sexual, el ciclo de la violencia era diario; de tipo físico solo fue una vez varios años atrás. Al momento de la entrevista presentaba, de tipo psicológico, grave; de tipo económico, moderado; y, sexual, moderado. Los siguientes testimonios muestran los diferentes tipos de maltrato, ya divorciados:

*...desde que me da la pensión..., a los niños, delante de mí, les dice que los robo, que el dinero que me da de la pensión... se los robo. ¡Porque como él, lo daba por su voluntad y ahora lo obligan, él dice que lo robo...! Me ha dicho ratera y cosas así. [C-4, P: 186:244, s 1].*

*Quiso tener relaciones y obligarme, y dijo que todo el tiempo que él quisiera, así tenía que ser; me dijo que era una pendeja, una babosa. [C-4, P: 186:303, s 1].*

Desconocía las características de la violencia ejercida por la pareja contra la mujer. Presentaba baja autoestima, predominaba una actitud sumisa. No se creía capaz de tener autocontrol con sus hijos, y de ponerle límites a su expareja, tolerando las humillaciones. Sin embargo, en otras áreas de su vida, como la laboral y social, se sentía bien consigo misma, le gustaba lo que hacía y sabía hacer amistades. Además de valorar su honestidad.

Sus límites personales estaban muy difusos. Se advirtió atrapada entre dos fuegos. Por un lado, el abuso de su expareja, quedándose en su

casa, siendo que ella, le había pedido que se fuera, y por otro, los deseos de sus hijos de estar con su padre:

*El más chiquito [...] él lo invita a quedarse en la casa, porque él [exesposo] ya no vive ahí, y cuando yo les dije que, para mí, era lo mejor que se fuera, el más grandecito me dijo que eso no era lo mejor para él. [C-4, P: 186:244, s 1].*

Este testimonio también muestra una comunicación muy poco asertiva y dificultad en tomar decisiones. No se atrevía a pedirle asertivamente que se fuera, por miedo a su reacción (Echeburúa y De Corral, 1998), y la de sus hijos. Con ellos la comunicación era deficiente y nada asertiva, los maltrataba para ser obedecida.

En relación a la toma de decisiones, cuando tomó la decisión de demandar el divorcio, procedió hasta que lo consiguió, además de la manutención correspondiente de los hijos. Ello indica su capacidad de toma de decisiones, que puede ser infructuosa si no marca límites, y mantiene una comunicación asertiva con las personas que, en primera instancia, afectan su bienestar.

La identificación de emociones y sensaciones, estaba enfocada en sensaciones negativas, con temor a relacionarlas con alguna emoción, solo deseaba no recordar cosas dolorosas. Se mostraba atemorizada por lo que él pudiera hacer contra de ella. Igualmente, reconocía el impulso agresivo contra sus hijos, y mucha amargura.

#### *Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

El matrimonio no fue demasiado prolongado (9 años). Su familia la alertó del abuso, porque ella lo consideraba como consecuencia de su propio comportamiento:

*[La violencia] Fue permanente. Desde un principio, mi mamá y mi familia me decían, pero yo lo veía como con naturalidad, como algo normal, y ahora que veo hacia atrás, pues me doy cuenta que no era nada normal. Pero yo lo tomaba como algo que tenía que pasar, o sea, como algo normal, que era como una consecuencia de lo que yo hacía. [C-4, P: 186: 291, s 1].*

La ruta crítica para salir de la violencia (Shrader y Sagot, 1998), fue corta, relativamente. A los 7 años de matrimonio, demandó el divorcio, no procedió. Dos años después, lo solicitó y se sostuvo hasta conseguirlo. En este sentido, la ruta crítica que siguió fue más eficiente que en el C-2, por un lado, la edad que le permitió ser más perseverante, y por otro, la red de apoyo familiar jugó un papel determinante, en este caso, madre y una hermana (Estrada-Pineda et al., 2012). Aunque ella solo reconocía como red de apoyo, a una hermana. Al parecer, contaba con una red familiar más extensa, pero no los enfocaba en esos momentos como tal.

Pese a haber logrado el divorcio, la participante minimizaba todos sus esfuerzos por concluir esta situación. No creía que hubiera mucho qué hacer. Su modo de afrontamiento era la tolerancia, para evitar conflictos con sus hijos.

### ***Fase de tratamiento.***

Esta mujer (C-4) acudió a su tratamiento de TBH por 23 sesiones; fue constante y puntual. Uno de sus hijos recibió psicoterapia al mismo tiempo que ella. Él concluyó antes que ella, lo que no le impidió mantenerse en el tratamiento.

En la sesión (8) la participante aún luce muy ansiosa, se le dificulta ser hipnotizada, prefiere los ojos abiertos y le cuesta enfocarse en un solo punto. Sin embargo, como resultado de lo trabajado, a la siguiente sesión, reporta sentirse un poco más tranquila, menos ansiosa por las cosas que

comúnmente la ponían así. Igualmente, definió un poco sus límites personales dando prioridad a su cuidado personal, y fortaleció algo su autoestima, dándose permiso de hacer cosas para ella misma. Asimismo, fue notorio cómo se dio la oportunidad de confiar en la terapeuta, y la comunicación se hizo más fluida.

Tabla 20

*Secuencia del tratamiento de la TBH del Caso 4*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesión
Inv. TBH. Entrevista, y se firmó el consentimiento. Psicoeducación.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista. Tipos de violencia y red de apoyo, PT, ss 1 y 2. Connotación positiva.	1 y 2
Expresión de emociones negativas. Red de apoyo. Continúan la violencia psicológica y económica, en el mismo grado. Recuerdos infantiles, “era peleonera”.	Identificación de emociones y sensaciones.	Connotación positiva. Metáfora: Heridas, PT, s 8. Analogía (terapeuta): Mascarilla en el avión. Búsqueda de excepciones. Manejo de la agresión.	3 y 4
Relación parental. Identifica algunas emociones negativas como frustración.	Concluir la entrevista inicial.	Entrevista. Connotación positiva. Acompañamiento.	5 y 6
Expresión de emociones.	Psicoeducación. Límites personales.	Psicoeducación, metáfora: La tormenta PT, ss 1 y 2. Límites personales, cuento hipnotizada: La ciudad de los Pozos, PT, s 11. Connotación positiva.	7
Relaciones parentales. Quehaceres del hogar. Atender sus propias necesidades de cuidado.	Límites personales.	Límites personales, hipnosis: La barda, PT, s 10. Connotación positiva.	8, 9 y 10
Sensación de tranquilidad.	Límites personales.	Connotación positiva. Límites personales, PT, s 12.	11
Comentarios sobre la epidemia del virus A (H1N1). Relación con los hijos, rigidez en las normas. Discute con los dirigentes de la escuela de uno de sus hijos.	Comunicación asertiva.	Comunicación asertiva, PT, s 16. Solución de problemas. Analogía (terapeuta): Problemas y nudos.	12
RP. Relaciones parentales. Barreras para ser asertiva y feliz.	Comunicación asertiva.	Comunicación asertiva, alegoría (terapeuta): Miedo a la felicidad, PT, s 16.	13

Continuación tabla 20

Dependencia de sus hijos en ella. Responsabilidades de cada miembro en la familia.	Autocontrol.	Analogía (terapeuta): Mascarilla en el avión. Connotación positiva.	14
Relación con los hijos. Descubrió al hijo mayor de 12 años con pornografía en la computadora. Identifica solo emociones negativas.	Comunicación asertiva. Identificación de emociones y sensaciones.	Analogía (participante): Manos en la lumbre. Comunicación asertiva: Hipnosis: Ensayo, PT, s 15. Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 9.	15
Recuerdos en la niñez, realización deberes. Relación parental –problemas con la educación de sus hijos. Mucha racionalización.	Comunicación asertiva.	Connotación positiva. Comunicación asertiva: Hipnosis: Ensayo, PT, s 16.	16
Recuento del tiempo vacacional con sus hijos, muy buena convivencia. Marca límites personales hacia su expareja.	Autoestima.	Autoestima, cuento: Maestro Sufí, PT, s 4.	17
El costo de la vida y recuerdos de su infancia. Llanto- se permite contactar con el dolor. Decisiones pasadas y papel de sumisión de ese tiempo.	Autoestima. Psicoeducación.	Connotación positiva. Acompañamiento. Metáfora: Iceberg. Psicoeducación, PT, s 2.	18
Les permite a sus hijos hacer las cosas a su propia pauta, delegándoles la responsabilidad de hacerlo.	Autoestima.	Autoestima, Ensayo, PT, s 5. Analogía (terapeuta): Limpieza de un cirujano. Connotación positiva.	19
Dificultad para tomar decisiones. Diferenciación entre una buena autoestima y egoísmo.	Autoestima. Toma de decisiones.	Autoestima, cuento hipnotizada: El verdadero valor del anillo, PT, s 6.	20
Tiene a una tía gravemente enferma. Uno de sus hijos se enfermó de influenza, requirió de hospitalización. Las obligaciones y deberes de uno, y de los demás. Decisiones en torno a la RP.	Psicoeducación.	Analogía con el cuento del maestro Sufí. Analogía: Crecimiento de las plantas como el de las personas. Reafirmación psicoeducación, PT, s 1. Connotación positiva.	21
Relación con los hijos. Disminuyó la ira contra la irresponsabilidad de sus hijos.	Identificación de emociones y sensaciones.	Identificación de emociones y sensaciones, PT, ss 7 y 8. Reafirmación psicoeducación, PT, s 2. Connotación positiva.	22

Continuación tabla 20

Cierre.	Psicoeducación. Toma de decisiones.	Psicoeducación, reafirmación de las relaciones saludables PT, s 1. Cierre, cuento hipnotizada: La mariposa dorada.	23
Post evaluación.	Post evaluación.	A un mes de concluida la TBH.	P/e

Nota. PT, s(s)= Plan de tratamiento, sesión(es); Inv. TBH=invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.

Más adelante (s 12) se vislumbra un poco más de avance. Su estado de ánimo era tranquilo; marca algunos límites personales, sigue cediendo en algunas cosas, y en otras, más importantes, era capaz de defender su posición:

*...estoy empezando poquito a no ceder, siento que es un derecho que uno tiene [...]. Pero antes yo sentía que era amabilidad o atención hacia las personas, pero... ¿por qué?, si uno tiene el mismo derecho... (sic.) [C-4, P: 189: 202-206, s 12].*

Reconoció que no tenía una buena autoestima como ella pensaba, que en realidad había tenido baja autoestima por mucho tiempo. Comienza a tener arreglo personal.

La sesión 13, la participante habla de sentirse abrumada, debido a todo lo que le faltaba por aprender o mejorar, en términos de asertividad. Y, agregó con dificultad, que su exesposo tenía dos semanas quedándose en su casa, por el torneo del hijo menor.

Pocas semanas después (s 16) dejó de maltratar físicamente a sus hijos, y ellos mismo se lo hicieron notar:

*T: [...] ¿continúa la violencia?*

*C-4: ¡No, ya no! [ nombra a su hijo] me lo hizo ver, hace como dos semanas, o una semana... 10 días, yo creo, -me dijo [hijo]- ya no me pegas... [C-4, P: 193:144-150, s 16].*

Habla de las vacaciones con sus hijos, la facilidad con la que convivió con ellos (s 17). Su memoria deja de estar nublada. Trae recuerdos de jugar un papel de peleonera en la niñez. Desde entonces, era muy ansiosa, se rascaba algún lugar de la cara (s 18). Al parecer, resultado de ser testigo de la violencia del padre contra la madre, y asociado al abuso sexual que sufrió.

Hay más claridad en la demarcación de límites personales hacia su exesposo, con lo que se siente más fortalecida. Otros dos aspectos, igualmente remarcables en ese momento de su evolución, fueron: uno, expresión de emociones, permitiéndose llorar al contactar con el dolor; y, dos, comienza a hablar en tiempo pasado, para dejar ir lo sucedido, y dar apertura a nuevos aprendizajes.

Para la sesión 21, la participante se sorprende de cómo reacciona tranquila y resolutiva, ante la enfermedad de una tía, y de uno de sus hijos, cuando anteriormente, únicamente, reaccionaba ansiosa. Además, le pidió asertivamente, a su expareja, dos semanas atrás, que ya se fuera de su casa:

*... ese mismo día, le dije que se fuera de la casa porque no me ayuda en nada, no aporta nada, ni siquiera para decir: "quédate en tu trabajo yo llevo al niño al doctor". [C-4, P: 199:322, s 21].*

No obstante, él continuó con chantajes, a los que ella responde con negativas. A partir de ese momento, las visitas paternas se respetaron en un día a la semana.

En la sesión de cierre reconoce todos los cambios realizados, agradece profundamente a la terapeuta, y se va muy tranquila.

En la sesión de cierre, se observó que esta mujer (c-4) logró todas las metas del tratamiento. Aprendió sobre violencia en la pareja y podía distinguir cuando la había; alcanzó un grado de alta autoestima; demarca sus límites personales, son claros y flexibles; identifica con más claridad, tanto emociones y sensaciones positivas como negativas; toma decisiones y se comunica con mayor claridad y asertividad. Se rompió el ciclo de la violencia, al dejar de ceder a todas las demandas, amenazas y chantajes de su exesposo.

En relación a sus síntomas, lo más revelador fue la reducción significativa de la ansiedad, al grado de presentarse como una persona tranquila y descansada. Asimismo, su sueño era más reparador, y lucía aproximadamente 5 años más joven que antes del tratamiento. Comenzó a ser más confiada, mucho más segura de sí misma, incrementó su expresión verbal y facial, y poco a poco, pudo contactar con las experiencias que le habían causado dolor para finalmente, sanarlas. Dejo de sentirse amargada, enojada, redujo considerablemente su agresión y sentimientos de culpa.

Se le citó un mes después de concluido el tratamiento. Se presentó, reafirmando avances, excepto el maltrato a sus hijos, por lo que muestra culpa, sin embargo, hubo una reducción en intensidad y frecuencia:

*...no, o sea, ya no es como antes, que, a diario, pero hay veces que cuando veo que sí me dijo mentiras, que no hizo lo que él dice que hizo... Pero no, o sea, que sea continuó..., ¡no!* [C- 4, P: 202: 055, postevaluación].

Las metas restantes se mantuvieron estables. Todo el proceso de transformación de la participante llevó a toda la familia a muchos cambios, por lo que están reaccionando, continuaban adaptándose, ya que era como si apenas se consumara el divorcio.

#### ***Seguimiento caso 4.***

Se contactó a la participante seis meses después, y aceptó colaborar. Proporcionó respuestas claras y concisas donde se identifica su satisfacción con el tratamiento y el mantenimiento de los logros terapéuticos. Aprendió que ceder en todo y priorizar las necesidades de los demás sobre las de ella misma, no era sano, puesto que acaba derrotada e infeliz. Señala el efecto que tuvo la TBH en su vida:

*Me siento más segura de lo que quiero, y de lo no quiero. Eso para mí, es un gran paso, el que di por la TBH. [C- 4, P: 270: 063, seguimiento].*

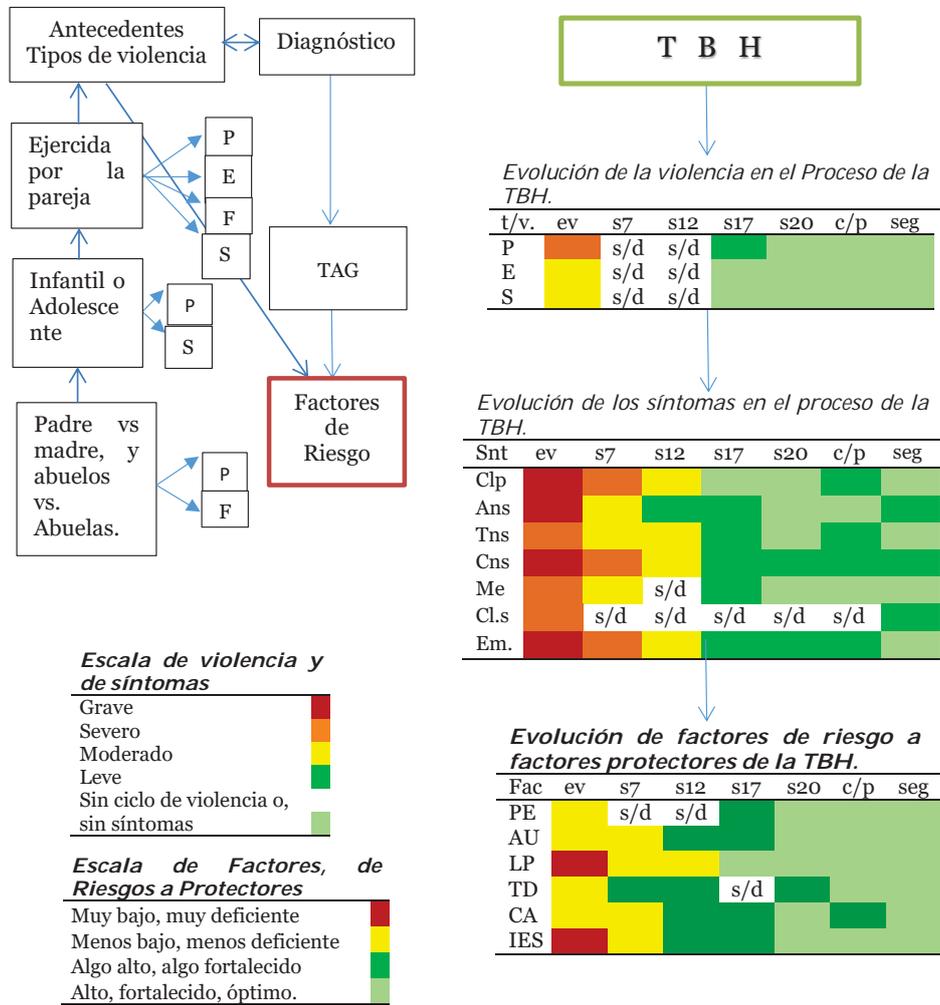
Afirma que ya no vive violencia, que él ha cambiado de actitudes:

*Entrevistador(a): Platíqueme, dos situaciones en qué utilizó lo aprendido en el proceso de terapia:*

*C-4: Una, fue el de mi divorcio. El decidirme de una vez, que eso no era lo que yo quería realmente. La otra, cuando le dejé en claro a mi expareja que no me gusta que trate de reconquistarme, ya que no regresaré con él. [C-4, P: 270: 070, seguimiento].*

Lo que sucedió realmente una vez que aprendió a poner límites. Respecto a la disciplina de sus hijos era en base al diálogo, desaparecieron completamente los golpes y gritos, ya que *“eso no me conducía a nada”* (sic.). La Figura 7.4 muestra su evolución.

Figura 7.4 Evolución del Caso 4 a través de la TBH



Nota. t/v= Tipos de violencia: P= psicológica; E= económica; S= sexual; F= física. s/d= sin dato en esa sesión.

Snt= Síntomas:

Clp= Culpa; Ans= Ansiedad; Tns= Tensión; Cns= Cansancio; Me= Memoria; Cl. s= Calidad del sueño; Em=Emociones negativas.

Fac= Factores/metas: PE= Psicoeducación; AU= Autoestima; LP= Límites personales; TD= Toma de decisiones; CA= Comunicación asertiva; IES= Identificación de emociones y Sensaciones.

ev=Evaluación inicial.; s= Sesión; c/p= Cierre del proceso terapéutico y post evaluación; seg= Seguimiento.

Antes de la TBH asistía a clases de inglés, y continuaba en ellas durante el seguimiento, además de agregar dos actividades placenteras más, natación, y reanudo la lectura.

#### ***Análisis caso 4.***

En este caso, la TBH, fue efectiva, tanto en el paquete terapéutico del plan de tratamiento, como en las metas que ella misma se había propuesto.

Este caso, ilustra la manera en cómo algunas mujeres, pese a haber salido de la relación mediante un divorcio, pueden seguir encadenadas a este tipo de vínculo violento por desconocimiento y no tener la habilidad para poner límites saludables, que le permitan tener un nuevo equilibrio en la familia.

Esta mujer tenía como principal meta renovar la convivencia con sus hijos, y esencialmente, dejar de maltratarlos. También deseaba que colaboraran con los deberes de la casa, y optimizaran sus responsabilidades escolares. La primera, la alcanzó espléndidamente. Mejoró óptimamente la convivencia con sus hijos, dejó de maltratarlos, mejoró la comunicación, y pudo expresarles emociones positivas de cariño, alegría y amor. La segunda meta, estaba más en función de las respuestas de ellos, de los hijos, que todavía se encontraban en su propia transición de aceptación y adaptación al divorcio de sus padres, por lo que se rebelaban no obedeciendo del todo a su madre, sin embargo, notaban los cambios en ella, y estaban contentos con eso.

Uno de los problemas que afrontó, para detener el ciclo de la violencia, fue validar su divorcio, lo que hizo hasta que reconoció plenamente el abuso de su exesposo, y obtuvo los factores protectores necesarios provistos por la TBH. Pero, también, jugó un papel muy importante la eliminación de los sentimientos de culpa, y la reducción significativa de la ansiedad.

En conclusión, la TBH fue efectiva en el C-4 porque adquirió los factores protectores que le hacían falta, con lo que rompe completamente con el ciclo de la violencia. Lo cual fue posible por la determinación de esta mujer en encontrar mejores formas de relacionarse sanamente con sus hijos, y jugar un mejor papel de madre, que la condujo a velar por su propia persona, además, de prevenirse de una posible revictimización en nuevas relaciones de pareja.

### **Caso 5.**

Mujer de 40 años de edad, nacida en Durango, radicada en la ciudad de Tijuana Baja California, México. Llegó al CUAPI canalizada por la psicóloga del CANDI, que atiende a su hijo, al detectar la violencia en la pareja. La participante menciona que desde que lo conoció y durante su noviazgo, él: *"...me buscaba cuando le daba la gana y coqueteaba con otras mujeres..."* (sic.).

Características sociodemográficas: casada, 18 años de matrimonio; tres hijas de 19, 17 y 15 años, respectivamente, y un hijo de 9 años; la mayor no estaba con ellos, permaneció con la abuela materna en Durango.

Su escolaridad es preparación técnica; estaba dedicada al hogar, pero al mismo tiempo atendía su negocio. Su principal fuente de ingresos era el negocio familiar, una tienda de abarrotes, con aproximadamente \$5.000,00 pesos mensuales, y una de sus hijas aportaba \$2.000,00 pesos, (aproximadamente 395,011 €); profesaba la religión católica.

#### ***Motivo de consulta.***

Cuando fue canalizada al tratamiento por la detección de violencia, ella lo confirmó, pero no expresa un motivo claro de consulta, sino que lo expresa en su historia de vida: *"...por favor ayudenme a valorarme a tratar de llevar un matrimonio bonito para poder sacar mi familia adelante."* (sic.) [C-5, P: 244:1, historia de vida].

#### ***Evaluación inicial.***

Aparentaba mayor edad a la cronológica, aproximadamente 5 años; buena higiene, desarreglada y demasiado cansada. Estado de ánimo: triste, deprimida, muy tensa y muy ansiosa, sentimientos de culpa y temor

generalizado; había coherencia en la expresión de emociones. Su comportamiento y habla eran algo aletargados. Estaba parcialmente consciente de la violencia.

Antecedentes de violencia en la infancia: de tipo psicológico, insultos por parte del padre; testigo de la violencia física y sexual, del padre contra la madre. De tipo sexual, por un cuñado y tres vecinos, y acoso, por un profesor en la primaria.

Se diagnosticó de acuerdo al DSM IV-TR con F43.1 TEPT [309.81], y, F60.7 Trastorno de Personalidad por Dependencia (TPD) [301.6].

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Pertenece a una familia de padre, madre y siete hijas, ella es la penúltima. La familia migró de una población rural a la ciudad, más adelante, migran a Tijuana.

Expresa en la entrevista e historia de vida, indiferencia y violencia por parte de su padre, hacia todas en la familia, principalmente, violencia contra su madre, con gritos, malas palabras, y golpizas semanales. Agrega, que era un hombre alcohólico.

La madre de la participante, se dedicaba al hogar y su padre trabajaba en la siembra. Ella inmigró a Tijuana hace 20 años en busca de trabajo, junto con su hermana mayor.

Define a su padre como un hombre muy enojón y maldiciente. La prioridad de su madre, era el cuidado de las hijas. Reiteradamente menciona, su madre vivía atemorizada del esposo. Refiere la relación entre los padres como violenta:

*A mi mamá sí la golpeaba y cada 8 días él se emborrachaba con sus amigos los llevaba a la casa a altas horas de la noche y no le importaba despertarnos a la hora que fuera a mi mamá la levantaba para que atendiera a sus amigos. (sic.) [C-5, P: 244:1, historia de vida].*

De igual forma, presenció cuando el padre forzaba sexualmente a la madre. Ella y una hermana, dormían en la misma habitación de ellos, y ambas se asustaban mucho.

#### *Otras parejas.*

Tuvo un primer novio a los 15 años, 3 años mayor, el cual lo describe como un noviazgo bonito. A los 18 años tuvo su segundo novio, el cual, la engañó muchas veces, nunca la trató bien, no le dio su lugar como novia ni la respetaba. En Tijuana conoció a otro muchacho, el cual la trataba bien.

En ninguna de las dos relaciones donde la trataron bien, permaneció por mucho tiempo. Eligió para casarse al que la trató mal y la engañaba. Se infiere que encontró en él características aprendidas del comportamiento violento del padre, y, por lo tanto, la repetición del patrón. Ello pudiera estar confirmando la teoría del síndrome de Estocolmo (Montero-Gómez, 1999; Strentz, 1980).

#### *Factores de Riesgo.*

Sufría de violencia psicológica crónica en un nivel grave, con gritos, insultos, amenazas y chantaje; violencia de tipo económica en un nivel leve, cuando le tira a la basura sus cosas. Se encontró una actitud defensiva, al mismo tiempo que minimizaba la violencia recibida, al negar la violencia física y algunas conductas de violencia psicológica y económica, en las primeras tres sesiones.

Los primeros indicios de violencia empezaron desde el noviazgo. Llegaban a la etapa de reconciliación, donde florecía la esperanza, y finalmente, decidió casarse con él.

Presentaba muy baja autoestima, sentía que no podía hacer las cosas que le gustaría hacer, por vergüenza, miedo, o por sentirse ridícula. Lo que indica un fuerte malestar hacia ella misma. Se infiere que constituía un efecto acumulado de haber presenciado la violencia de su padre contra su madre, y el abuso que vivió de niña y, en la pubertad (Atenciano-Jiménez, 2009).

Sus límites personales estaban difusos, reflejados en permitir el maltrato por parte de su pareja por tantos años. También se identificaron límites difusos hacia su hija de 17 años, la cual no seguía instrucciones, agredía verbalmente a su madre, y la participante era incapaz de disciplinarla, optaba por no poner atención a ello, y así, dejaba pasar las cosas: "...a merced de sentimientos como la indefensión, el miedo o la preocupación sobre la posibilidad de que la experiencia traumática pueda repetirse, todo lo cual se asocia a una ansiedad que puede llegar a ser paralizante..." (Patró-Hernández y Limiñana, 2005, p. 12).

En este sentido, se observa una mayor identificación con la madre, con actitud de evasión y sumisión, que ha generalizado hacia su descendencia. Marca un estilo de vínculo con su hija, y una manera de afrontar la agresión proveniente de ella. La participante arguye, que esto se debe al parecido de su hija e hijo, a su pareja.

El pronóstico era bueno, había comenzado a realizar algunas acciones. Cambió de dormitorio para evitar las relaciones sexuales con su esposo. Aunque, este paso en particular, está más relacionado con el trauma del abuso sexual en su infancia, no deja de ser una acción para señalar sus límites personales, al no haber podido hacerlo en la infancia, lo hizo en ese momento, como adulta.

La toma de decisiones, era algo en lo que la participante presentaba mucha dificultad. Regularmente, evadía tomar cualquier decisión para evitar conflictos, prefería ceder ante las peticiones dominantes de la familia.

Esta evasión, estaba ligada al temor a equivocarse, por haber decidido seguir a su esposo a Tijuana, en lugar de quedarse con su último novio. Esa decisión errada, le provocaba emociones y sentimientos negativos, de culpa, arrepentimiento, tristeza, y, sobre todo, una sensación de ineptitud para tomar buenas decisiones.

Cuando fue referida al estudio, tomó la decisión de aceptar la ayuda, pero, su colaboración estaba condicionada a que el esposo lo autorizara. Lo cual, era un indicador más, de dependencia emocional.

Esta forma de relacionarse con la pareja también estaba basada en una comunicación no asertiva, misma que se repetía con los hijos, a excepción de la comunicación con su hija de 15 años. Acostumbraba salvaguardarse en ella cuando tenía algún problema con su pareja.

#### *Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

Menciona que antes, él trataba de reconciliarse, pidiéndole perdón, hasta que repentinamente lo dejó de hacer. En tiempos más recientes a la entrevista, cuando había eventos de violencia, ella trataba de contentarlo, o se dejaban de hablar por varios días, para luego, ella buscar la reconciliación, aun siendo él, el agresor.

Otro modo de afrontamiento, era evadir tomar cualquier decisión, como ya se mencionó, con lo que intentaba evitar conflictos.

Contaba con el apoyo emocional de su hija de 15 años, ya que toda su familia está en su pueblo, y afirma no contar con amistades. De este modo, su red de apoyo estaba muy limitada. Lo cual indica dificultades para

adaptarse y socializar, que, a su vez, facilitaba a la pareja, aún más, el control y maltrato.

### ***Fase de Tratamiento.***

La participante (C-5) recibió 20 sesiones incluyendo las de evaluación, y la de cierre. En la Tabla 21, se describen los temas, metas y estrategias utilizadas, así como las sesiones en las que fueron tratadas.

Tabla 21

*Secuencia tratamiento de la TBH del caso 5*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Inv. TBH. Historia del problema y evaluación del riesgo. Psicoeducación. Inv. TBH. RP.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista. Psicoeducación, PT, s 1. Hipnosis: Ensayo Metáfora: Las heridas, PT, s 8.	1 y 2
Historia de violencia ejercida por la pareja. Emociones de dolor y culpa por todo aquel maltrato. Relaciones familiares.	Historia del problema. Psicoeducación.	Psicoeducación, Pt, s 2.	3
Abuso sexual en la infancia y adolescencia. Cambio en el grado de violencia por parte de su pareja. Antecedentes laborales; autoestima y expresión de afecto hacia la familia.	Concluir la entrevista inicial.	Continuación de entrevista. Psicoeducación, PT, s 2. Connotación positiva.	4
RP. Violencia psicológica moderada –descalificación. Signos del abusador. Emociones relacionadas al abuso–sensación de ineptitud.	Psicoeducación.	Psicoeducación, reafirmación, Pt, s 1.	5
Establece sus metas personales.	Establecimiento de metas personales.	Entrevista. Connotación positiva.	6
Sensación de ineptitud. Violencia psicológica leve. Comunicación intrafamiliar. Emociones de inquietud por los efectos del proceso terapéutico.	Autoestima.	Autoestima, cuento: El verdadero valor del anillo, PT, s 6. Metáfora (terapeuta): Naranjas diferentes. Analogía (participante): Limpieza, limpiar closet.	7

Continuación Tabla 21

Relaciones familiares.	Límites personales.	Límites personales, PT, ss 10 y 12.	8 y 9
Red de apoyo. Incremento de sus recursos personales. RP.	Comunicación asertiva. Toma de decisiones.	Comunicación asertiva. Derechos asertivos, PT, s 16. Connotación positiva. Toma de decisiones, PT, 13.	10
Humor cambiante de su pareja. Relaciones familiares. Se sorprende de sus propios comportamientos asertivos.	Límites personales.	Límites personales, hipnosis: Disfraces, PT, s 11.	11
RP, respuestas infantiles de la pareja, ciclo de la violencia – tensión en la pareja. Expresión lo que desea y lo que siente. Durmió sola en un cuarto, nunca lo había hecho por miedo.	Psicoeducación. Identificación de emociones. Comunicación asertiva.	Ratificación psicoeducación PT, 1. La pregunta del milagro. Comunicación asertiva. Hipnosis: Ensayo, PT, s 15.	12
Sensaciones y emociones que le ocasiona el reconocimiento de la violencia psicológica. Se identifica como una persona abusadora y negativa.	Identificación de sensaciones y emociones.	Identificación de sensaciones y emociones, PT, s 7. Analogía (terapeuta): Nivel de llenado del cántaro. Connotación positiva.	13
Cansancio físico y emocional. Vacaciones a su ciudad natal, Durango. Descubre secretos familiares; plática sobre el abuso sexual con su madre.	Comunicación asertiva	Comunicación asertiva, PT, s 16.	14
Se permite estar con ella misma. Consciencia de su cuerpo y las sensaciones que este tiene. Violencia psicológica subió a grave -amenazó con golpearla. Su hijo la defendió.	Identificación de emociones.	Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 8.	15
Consciencia de su proceso de renovación. Transformación de sus emociones y sensaciones, de negativas a positivas.	Límites personales.	Reestructuración de límites, narración: Historia del águila; e hipnosis, PT, s 11.	16
Comunicación asertiva con los hijos y con la pareja. Cuidado personal	Revaloración avances.	Revaloración de los alcances del proceso terapéutico. Connotación positiva.	17
Cambios más significativos en la RP. Comunicación más asertiva de ella hacia el esposo.	Límites personales. Comunicación asertiva.	Connotación positiva. Reafirmación de límites personales PT, 11.	18
Apariencia y arreglo personal.	Identificación de sensaciones y emociones.	Identificación de emociones y sensaciones, hipnosis: Sensación y emoción de dolor, PT, s 9.	19

Continuación Tabla 21

Tranquilidad. Recuento de lo sucedido durante el proceso terapéutico. Cierre.	Toma de decisiones. Revaloración y cierre.	de	Cierre. Cuento: La mariposa dorada. Connotación positiva.	20
Nota. Pt, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH= Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.				

En las primeras sesiones, la participante reportó una disminución en la frecuencia e intensidad de la violencia. No obstante, a partir de la sesión 6, regresó a su pauta anterior, como al inicio del tratamiento.

Recordamos que la pareja le había autorizado a la participante involucrarse en el tratamiento, que puede ser interpretado como una disposición al cambio. Sin embargo, conforme pasaron algunas semanas, percibe que va a implicar más cambio de lo previsto, y puede haberse sentido amenazado.

Para la sesión 9, menciona haber decidido eliminar muchas cosas inservibles de su casa, lo que se interpretó como resultado simbólico de haber trabajado sus límites personales. Otra derivación, más significativa, fue el hecho de poner un alto a su hija adolescente de 17 años, mediante un límite rígido, al no dirigirle la palabra y dejar de hacer la limpieza de su habitación. Por un lado, adoptó esta postura por tratarse de una adolescente con muy poca disposición a colaborar, y también, porque la participante comenzaba a probar cómo se hace, y cómo se siente, marcar límites personales, considerando que era una nueva experiencia.

En la sesión 10, menciona la oportunidad que tuvo de aconsejar a alguien más respecto a la violencia en la pareja. Con algo de llanto, reflexiona que ella ya no se deja violentar, sobre todo se observa su decisión de ser ella misma la que haga el cambio:

*Pues estuve pensando, así pues... todo lo que he hablado, y estaba pensando que es imposible cambiar a la gente... -y dije- ¡pues yo voy a tratar de cambiar más bien yo!* [C-5, P: 213:09-025, s 10].

Con este cambio de actitud, se empodera incluso cuando se sintió algo ambivalente, porque no conocía otra forma de actuar. A la vez, denota el incremento de sus recursos personales en cuanto a la variedad del tipo de respuestas positivas que sustituyen las de depresión:

*Me siento bien, y me siento mal a la vez. Me siento..., -me pregunto- ¿cómo es posible que me sienta bien? si estoy haciendo algo que posiblemente no esté bien, pero yo ¡me siento bien!*

*[...] Pues ya no me deprimó como antes, sí discuto con mi esposo por cualquier cosa..., él se molesta por cualquier cosa, ya no me siento mal, me pongo a leer a ver la televisión, a estar con mi hijo, con la niña chica, juego con ellos. Y él, como que se ve más molesto porque antes me encerraba yo..., lloraba..., no le hablaba..., o él no me hablaba, y ahora, yo no me siento mal. Incluso, así ya hago cualquier cosa, he salido con mi hija..., me fui a la plaza río, me voy... No sé, ¡me he sentido bien! Muy bien, y con el niño también.* [C-5, P: 213:021-025, s 10].

Más adelante, reporta (s 13) haber hecho cosas que antes no intentaba, por sentir vergüenza, como el vestir de cierta manera o hacerse algún arreglo personal. Lo que confirma la seguridad en sí misma, que ha fortalecido su autoestima.

Hace una reflexión (s 14) respecto a su relación familiar, en comparación a los tipos de relaciones familiares de sus hermanas. Se da cuenta que ellos viven con muchos problemas. Sus padres, por su parte, vivían una relación violenta, pero no había nada que ella pudiera hacer para evitarlo, a menos que ellos se lo pidieran. En este sentido, aprendió a diferenciar los tipos de relación, en donde claramente marca sus límites, en

este caso, familiares. La conclusión de la participante (C-5) es que todas las personas comenten errores, y su esposo no es la excepción, sumado a la compasión que le inspira por todo lo que él padeció de niño. No por ello, le permite más maltrato, mediante un límite personal claro y flexible.

En la sesión 18, muestra muchos progresos que manifiestan su evolución. Su apariencia ha mejorado bastante, pone más atención en su arreglo personal, presenta un semblante de alegría, sin cansancio, ejercita varias veces por semana, y, sobre todo, despliega mayor correspondencia entre su edad aparente y su edad cronológica. Ello puede ser el resultado de una mejor calidad del sueño y emociones positivas.

La comunicación con su esposo mejoró significativamente. Fue capaz de comunicar asertivamente a su pareja su inconformidad por algunas decisiones que él toma respecto al negocio familiar, con resultados negativos.

Al cierre de la TBH, la participante reconoce todo el aprendizaje que obtuvo mediante el proceso terapéutico. Se sentía muy bien, contenta, con ella misma porque hace cosas que deseaba hacer, y no se atrevía, sin saber muy bien qué la detenía. Asimismo, se dieron cambios favorables en la interacción familiar. En esos momentos, cada miembro en la familia había comenzado a colaborar, asumiendo sus deberes domésticos y cuidado personal.

Se le observó muy sorprendida, por los cambios en su esposo, que poco a poco la fue agrediendo con menos frecuencia e intensidad, desde que ella decidió dejar de poner atención a sus agresiones, manteniéndose fuera del ciclo de violencia.

Uno de los beneficios de la TBH en esta mujer, fue haber superado el trauma originado por el abuso sexual infantil y adolescente, y el ser testigo de violencia de su padre contra su madre. Se da cuenta de ello cuando logró exteriorizarlo con sus hermanas, pero especialmente, con su madre, porque

lo pudo hablar sin dolor. Y como beneficio adicional, consiguió reencontrarse íntimamente con su esposo.

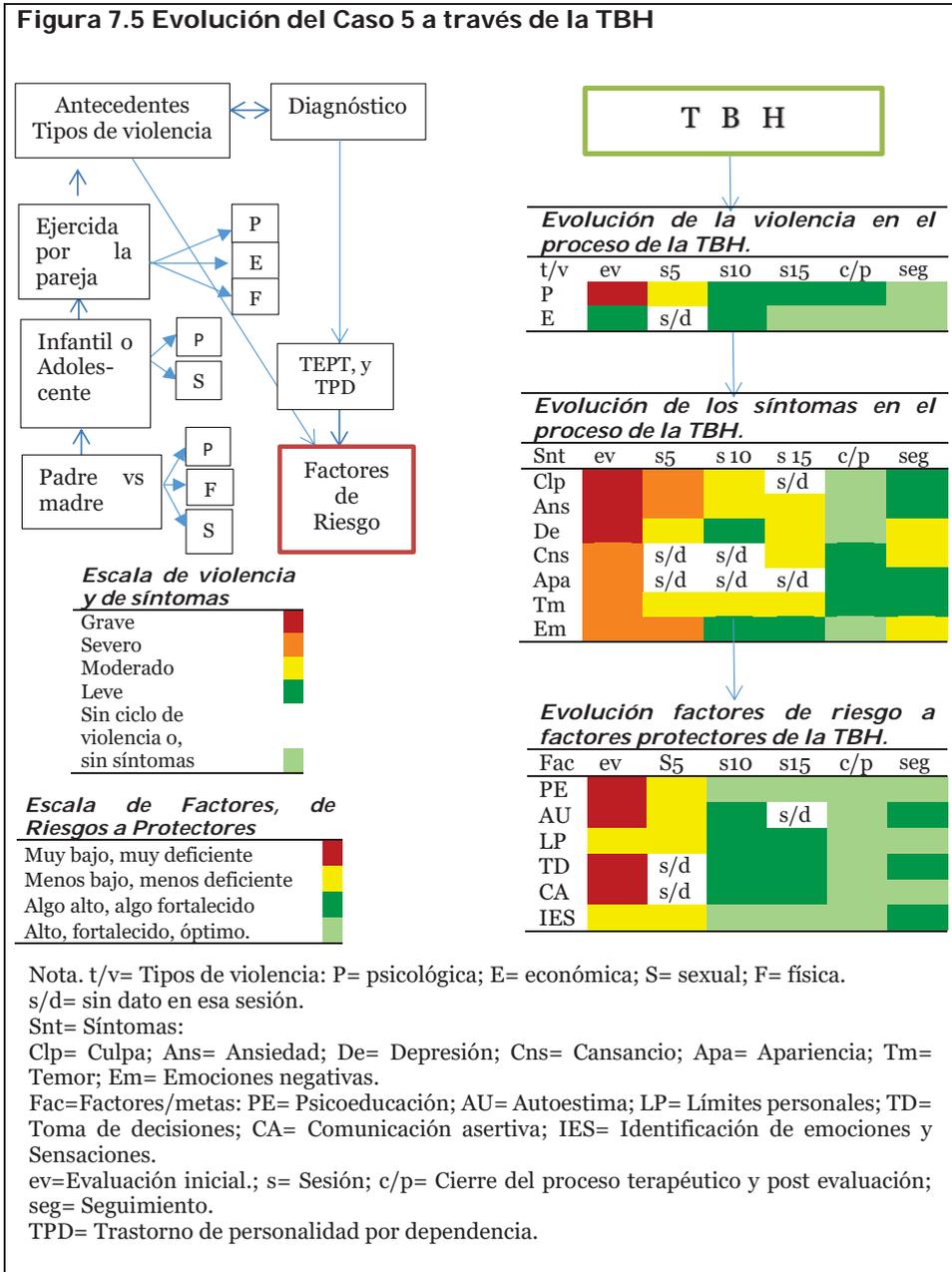
Se realizó la entrevista de post evaluación a los dos meses. Todas las metas se mantuvieron. Respecto a la relación de pareja, se siguió presentando violencia de tipo psicológico en un nivel leve (disminuyó tres niveles), donde ella recuperó bastante el control de la situación al dejar de hacerse partícipe del ciclo de violencia, a partir de abandonar los papeles de sumisa y víctima, además de adquirir los factores protectores del plan de tratamiento. Asimismo, la violencia económica, dejó de manifestarse por completo.

La meta que ella se había propuesto, la logró, en valorarse, y llevar *“un matrimonio bonito y sacar a su familia adelante”* (sic.), al modo en cómo ella lo concebía.

#### ***Seguimiento caso 5.***

En la entrevista de seguimiento, la participante (C-5) refiere que ya no se ha presentado el ciclo de violencia. Los cambios que ella realizó los percibió su familia, y se han ido adaptando. Lo que nos indica que hay cambios permanentes en la interacción familiar que confirma que, cuando cambia un miembro de la familia repercute en el resto de los miembros, y en su totalidad como sistema (Bertalanffy, 1968; Minuchin, 1979). La Figura 7.5 representa la evolución de este caso durante el tratamiento. Se puede observar que concluyó con la violencia, se redujeron sus síntomas significativamente, e incrementó bastante la adquisición de factores protectores.

Figura 7.5 Evolución del Caso 5 a través de la TBH



La participante reporta haber generado cambios a partir de haber terminado su terapia. Se siente tranquila, dejó de haber agresión de su pareja hacia ella; menciona que, a raíz de esos cambios, su esposo también

había cambiado, pese a las ocasiones en que todavía le hace comentarios de burla que no le gustan, pero menos frecuentes: *"Pues la mayor parte del tiempo está ya tranquilo, aunque a veces sí hace comentarios que no me gustan como de burla..., pero sí, ¡ha cambiado!"* [C-5, P: 262:085, seguimiento].

Este comentario es indicador de que la violencia psicológica había disminuido de grave a leve. En un testimonio muy positivo del cambio a partir de la TBH, ella enfatiza la transformación de su pareja: *"Ahora, hasta me da la razón, ahora es tierno, cariñoso... Ahora, también quiere venir a psicología [él le dice] "porque sí lo necesito, y ¡urgente!"* [C-5, notas del expediente, seguimiento]. En comparación a los comentarios que él le hacía durante el tratamiento, como: *"¿pa' qué vas? eso ni sirve..."* (sic.). Cumpliéndose así, la expectativa de ella, de cambio de comportamiento en la pareja, a partir de los cambios que ella realizó mediante la TBH.

En lo que hubo poco avance, fue en la red de apoyo. Manifiesta seguir sin relaciones de amistad, aunque mejoró la comunicación con su familia: platica con su hijo, y con su hermana mayor y con su madre, pese a la distancia, ya que ellas se encuentran en Durango. Lo que representa un problema, al mantenerse un tanto aislada, y que puede constituir un factor de riesgo de violencia.

En el seguimiento, se observó que tres de las seis metas establecidas en el plan de tratamiento de la TBH, se mantuvieron en un nivel de algo fortalecidos: los límites personales quedaron bien establecidos, claros y flexibles; lo aprendido en la psicoeducación; y, la comunicación asertiva. En cambio, la autoestima, la identificación de las emociones y su manejo, así como la toma de decisiones, la evaluación indicó un nivel de menos bajo o menos deficiente.

Dejo de cumplir los criterios del TEPT, aunque continuaba manifestando momentos de decaimiento y llanto. También, disminuyeron las características del TPD, aunque no deja de presentar este trastorno.

### ***Análisis caso 5.***

En el caso de esta mujer se observó un avance consistente. Fue constante su asistencia, nunca dudó en continuar con su tratamiento.

Fue evidente que en este caso (C-5) se daban las características de las relaciones violentas prolongadas; ella estaba en una segunda fase, donde todavía se mantenía la esperanza de cambios en el comportamiento de él. Ello fue posible conforme fue avanzando en el tratamiento y aprendía una nueva manera de afrontar las situaciones. Pero, también debemos considerar que la violencia era, básicamente, de tipo psicológico, y que su vida nunca estuvo en peligro. Tampoco debemos olvidar que sus ganancias también fueron personales, y no solo en la relación de pareja. Superó muchos de sus síntomas, con lo que obtuvo una mejor calidad de vida.

### **Caso 6.**

Mujer de 48 años de edad, originaria de Guadalajara, Jalisco, México, radica en la ciudad de Tijuana desde hace 40 años. Llegó al CUAPI referida por el CUMAI donde fue diagnosticada con depresión y ansiedad.

Al momento de acudir al CUAPI, recientemente había dejado a su esposo, y al resto de la familia; se fue a vivir con su madre. También, asistió a la facultad de Derecho de la UABC, por el deseo de divorciarse. La participante llegó deprimida y ansiosa. Inicialmente fue atendida por una terapeuta no entrenada en la TBH, tres sesiones después, se detectó la violencia ejercida por la pareja, y es canalizada al estudio.

Características sociodemográficas: casada; esposo (51 años), dos hijas de 24 y 30 años, respectivamente, y dos hijos de 20 y 27 años, respectivamente. Educación: primaria incompleta; ocupación: hogar y vendedora independiente; religión: católica; nivel económico muy bajo (E), sus ingresos personales eran de \$1.200,00 pesos mensuales (aproximadamente 71.37 €).

#### ***Motivo de consulta.***

Desea divorciarse por la infidelidad de su pareja.

#### ***Evaluación inicial.***

La participante se presentó sola, su aspecto personal era pulcro, viste de acuerdo a su edad, y aparenta aproximadamente 5 años menos a su edad cronológica. Es colaboradora con la entrevista. Estaba ansiosa, deprimida, con llanto durante toda la sesión. Se observó inmadurez, timidez, dependencia emocional, inseguridad, baja autoestima, ideación suicida (si intentara suicidarse, menciona: “tomaría pastillas para no sentir dolor”),

pensamiento orientado al pasado, y victimización. Se le diagnosticó de acuerdo al DSM IV-TR con F43.1 TEPT [309.81]; y, F60.7 TPD [301.6].

Conciencia parcial de la violencia; solo se enfocaba en la infidelidad de la pareja, lo cual no ubicaba como una forma de violencia y control. Violencia psicológica y económica, eran los tipos de violencia que presentaba, ambos en un nivel grave. El primero, mediante humillaciones, descalificaciones, gritos, insultos, vigilancia, celos, además, de la constante infidelidad. El segundo, comenzó al inicio del matrimonio, negándose a que ella trabajara, tenía control total del ingreso familiar; él hacía la compra, y del dinero que daba a la participante, ella debía registrar a detalle, cómo lo empleó, para poder reportárselo.

La desesperanza de esta mujer, llegaba al extremo de desear su propia supresión, en el intento por darle gusto a la pareja:

*Y yo me la pasaba diciéndole a Diosito: "hazme como él quiere, que yo no tenga problemas con él, que él no se tenga que quejar de mí". Yo quería a fuerzas ser ese modelo de mujer que él quería. [C-6, P: 145:148, s 3].*

Violencia infantil: de tipo sexual, a los 7 años de edad, su padre tocó sus genitales; psicológica, el autoritarismo y gritos del padre, y testigo del maltrato del padre contra la madre; económica al sufrir explotación infantil, pues tuvo que trabajar a la edad de 12 años, y durante toda la adolescencia, para el sostenimiento familiar.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Pertenece a una familia de padre, madre, y 9 hijos; fue la segunda hija. El padre trabajó en los EEUU; se iba por temporadas, regresaba a

Guadalajara, hasta que decide mudar a toda la familia a Tijuana. Anduvieron de casa en casa, hasta conseguir habitación permanentemente. La participante, comenzó a trabajar en casas desde niña (12 años), y le gustaba ayudar a dar el catecismo en la Iglesia.

En el siguiente testimonio, resume lo que fue su desarrollo infantil, con diversión, tristeza y violencia:

*En mi niñez tuve etapas divertidas y felices y también tristes. Mi papa ha sido un papa muy enérgico y hasta duro. Mi mamá muchas veces nos tuvo que defender de que nos pegara el a pesar de que no era borracho, a veces se ponía peor que si se emborrachara. Una vez hasta nos quiso quemar la casa. No me acuerdo porque se había enojado, pero mi mamá lo calmo y gracias a Dios no lo hizo. (sic.) [C-6, P: 240:32, historia de vida].*

Tiene hermanos alcohólicos. Uno de ellos, recién había salido del centro de rehabilitación. Los otros no aceptaban tener un problema de alcoholismo.

*Otras parejas.*

Se autodenominó como “muy noviera” en la adolescencia. A los 18 años entra a trabajar a una fábrica y ahí conoce a su esposo. Sufre una decepción cuando se entera que su pareja no le era fiel; había tenido dos hijos fuera del matrimonio. A los 23 años de matrimonio se separó de su esposo, y en ese tiempo, ella tuvo tres novios: *“pero los defectos que no le veía a uno, se los veía al otro, por lo que prefería estar sola”* (sic.). En el mismo tiempo la pareja vivió con cuatro mujeres.

### ***Factores de riesgo.***

Además de una consciencia parcial de la violencia ejercida por su pareja, poseía pocos conocimientos sobre esta clase de violencia.

La participante se consideraba con una autoestima normal, pero se identificó autocrítica constante, y no se sentía fortalecida, por lo que su autoestima en realidad, estaba algo baja. La identificación de emociones estaba deficiente, identificaba sensaciones y emociones negativas, en la escala más alta, frustración, enojo, malestar somático generalizado, ansiedad, tristeza, depresión con llanto constante, y cansancio.

Los límites personales se encontraban bastante difusos y algo rígidos en la relación de pareja. Toma decisiones con algo de dificultad. La comunicación con su pareja no era nada asertiva.

### *Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

Mostró una manera insegura y temerosa de afrontar lo que le estaba sucediendo, cuando decidió salirse de su casa sin mencionar a su pareja el motivo de ello, pese a los antecedentes de dos separaciones; la primera, aproximadamente a los 10 años de matrimonio. Regresó a Guadalajara junto con sus hijos, mediante el apoyo de dos hermanas. Él la convenció de regresar, entrando así, en la fase de reconciliación, del ciclo de la violencia.

La segunda separación se prolongó por ocho años. Al momento de la entrevista, lo había dejado dos meses atrás por tercera ocasión, por sentir que él, o la relación con él, la enfermaba:

*...los años que estuve sola nunca me enferme y ahora que tenía 1 año y 4 meses [con él] yo estoy llena de enfermedades por eso ya quiero estar sola mejor otra vez. (sic). [C-6, P: 240:03, historia de vida].*

*Él piensa que me salí por motivos de salud, porque me puse enfermita. Me empezó a subir la presión, me empecé a marear, empecé a... [Tose] necesitar de ir al doctor a una cosa y a otra. Y este..., piensa él que por eso estoy con mi mamá, para que ella esté al pendiente de mí, pero pues la realidad es, que el motivo de mi enfermedad..., es él. [C-6, P: 130:005, s 1].*

Estaba consciente de las consecuencias en su salud, por el tipo de relación de pareja. Él la visitaba, a veces, para dejarle algo de dinero, pero ella, seguía sin comunicarle la decisión de dejarlo, por temor a las represalias (Echeburúa y De Corral, 1998; Salber y Taliaferro, 2000; Walker, 2009). Esta situación atrajo las críticas de los/as hijos/as. Para dejar de depender de él, comenzó a trabajar en ventas desde la sesión 2.

Su forma cotidiana de afrontar la situación, había sido con tolerancia y sumisión, hasta un punto extremo en que ya no soportaba más, y entonces abandonaba a la pareja, con mucho temor e inseguridad respecto a las posibles reacciones de éste. La duda constante sobre si tomar la decisión de dejarlo, en definitiva, o no, reconstruye lo observado por Dutton y Painter (1981, 1993), en que abandonan a la pareja de una a tres veces antes de una decisión determinante.

Un ejemplo de las reacciones de la pareja, lo podemos cotejar en el siguiente testimonio:

*...me lo hizo con la ropa, con la ropa que yo le planchaba. Cuando yo le decía que se arreglaba mucho para irse a trabajar de taxista, se ponía muy vaquero, y me decía: **¿cómo quieres que ande, como limosnero?** y se ponía y pisoteaba la ropa que le acababa de planchar [tose]. Con la comida muchas veces me aventaba los platos, mis hijos se acuerdan mucho de cómo, [...], tenía unas reacciones bien feas, de repente se metía los chiles jalapeños uno a uno a la boca. Son reacciones que te dañan porque los hijos todo eso veían pues, y yo decía: **ay, ¿qué hice mal, que le falta...?** [C-6, P: 145:102, s 3].*

Para enseguida justificar el comportamiento de la pareja:

*Y luego, luego..., me ponía a pensar, ¿por qué se puso así? Él no hablaba, él quería hacernos entender con expresiones que estaba enojado. [...] ... sí te enferma una persona así, la verdad, sí te enferma... [C-6, P: 145:102, s 3].*

La segunda ocasión, fueron varios años de separación, y se podía pensar que se trataría de una separación definitiva, pero, regresa una vez más. Cuando se le preguntó, por qué había regresado con él, responde:

*Todos hemos estado pidiéndole a Dios. A lo mejor es Dios, que ya le iba a quitar su problema, ¿no? ¡Este... [ jajá!!!], es que es muy mujeriego, - pensaba- "pero qué tal si este..., Dios actúa en él, y ya se va a componer... ¿y no le voy a dar la oportunidad?", y no, "pues sí, se la voy a dar", entonces..., -dije yo-, quien quita, según yo, no se perdía nada, verdad? (sic.) [C-6, P: 130:017, s 1].*

Colocando su esperanza en una acción superior, y no, en la responsabilidad que a él correspondía, de corregir su comportamiento. A la vez, aliviaba la posible culpa, en caso de que él hubiera cambiado.

Todo este cuadro, es una constante en las mujeres que deciden permanecer en la relación. De acuerdo a Echeburúa, Amor, et al. (2002), la participante se encontraba en la tercera fase de abuso prolongado, donde percibe que la violencia continuó, e incluso aumentó, y la advierte como incontrolable; esto, la conduce al desamparo, la desesperanza, deteriorando su salud, hundiéndola en depresión severa.

La red de apoyo era de tipo familiar. Contaba con su madre, algunos de sus hijos e hijas, y dos hermanas. El apoyo social provenía de algunas

amistades, principalmente de una antigua amiga, quien conocía de la situación.

La posibilidad de intento de suicidio era un riesgo de bajo potencial mientras permaneciera con la madre. Aumentaba este riesgo, en caso de acceder a regresar con su pareja sin los factores protectores suficientes.

### ***Fase de tratamiento.***

La participante se mantuvo en el proceso terapéutico de TBH, con un total de 22 sesiones. La post evaluación se realizó a un mes de haber concluido. Posteriormente, se contactó para el seguimiento a los seis meses de haber finalizado la TBH. En la Tabla 22, se incluye los detalles del plan de tratamiento de este caso, así como las metas, y temas.

Tabla 22

#### *Secuencia del tratamiento de la TBH del Caso 6*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Inv. TBH. Entrevista. Se aplicó la lista de cotejo de los signos del abusador y se firmó el consentimiento.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista. Signos del abusador y red de apoyo, PT, ss 1 y 3. Connotación positiva.	1 y 2
RP. Emociones de dolor, frustración y culpa. Somatización de síntomas. Modos de afrontamiento y red de apoyo. Infidelidad igual a violencia en la pareja.	Historia del problema. Psicoeducación. Toma de decisiones.	Entrevista. Psicoeducación, PT, s 1. La pregunta del milagro. Toma de decisiones PT, s 13.	3 y 4
Relación parental. Detección de la infidelidad. Estado de ánimo deprimido.	Psicoeducación.	Connotación positiva. Búsqueda de excepciones. Psicoeducación, PT, ss 1 y 2	5 y 6
Expresión de emociones. Historia de dolor por el maltrato, conciencia de toda la violencia que vivió por parte de su pareja.	Psicoeducación. Límites personales.	Connotación positiva. Límites personales, PT, s 10. Analogía (terapeuta) adictos.	7
Relaciones familiares. Acontecimientos en la familia. Percepción de lo masculino y lo femenino.	Psicoeducación.	Psicoeducación, PT, ss 1 y 2.	8

Continuación Tabla 22

Quiere el divorcio. Mucha dificultad para hablar con él; red de apoyo, le da la idea de que debe sacar a su pareja de la casa.	Autoestima.	Autoestima, PT, s 6.	9
Uso de sus recursos personales en cuanto a seguridad y confianza en sí misma. Los derechos sobre su casa.	Autoestima.	Autoestima, cuento hipnotizada: El verdadero valor del anillo, PT, s 6.	10
Elabora sobre el cuento de la sesión anterior. Visita del esposo, se mantienen sin comunicar, solo le dejó algo de dinero. Sensación de bienestar-tranquilidad. Decide vivir en el presente día a día.	Autoestima.	Connotación positiva. Autoestima, PT, s 5.	11
Dificultades laborales. Relaciones familiares. RP. Alcoholismo de un hermano, y la estancia con la madre.	Límites personales.	Límites personales, narración: Historia del Águila; e hipnosis, PT, ss 10.	12 y 13
Sucesos positivos en su vida: posibilidad de divorcio; solución de problemas laborales; cita dental – cuidado de la salud. Comunicación asertiva con hermano.	Límites personales.	Límites personales, PT, s 11.	14
Uso y renovación de sus recursos personales. Consciencia de su evolución. La preocupación y dudas para enfrentar al esposo en el Juicio de Paz. Narra el Juicio de Paz, y acuerdos tomados. Más emociones positivas que negativas.	Reafirmación de límites, recursos personales y seguridad.	Connotación positiva. Hipnosis: Símbolos.	15 y 16
Actitudes y apoyo de sus hijos ante los resultados del Juicio de Paz. Respuestas asertivas de ella. El no cumplimiento de la pareja de los acuerdos en el Juicio de Paz.	Identificación de emociones y sensaciones.	Connotación positiva. Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 7.	17
Preocupaciones por sus hijos que le habían pedido vivir con ella, y ella se negó.	Comunicación asertiva. Toma de decisiones.	Comunicación asertiva, PT, s 15. Toma de decisiones PT, s 13.	18
Continúa el proceso de divorcio. Él sigue sin cumplir acuerdos de divorcio. Ha tenido muchos sueños de duelo. Manejo de sus emociones. Plan vacacional, ir a Guadalajara.	Identificación de emociones y sensaciones.	Connotación positiva. Identificación de emociones y sensaciones, PT, ss 8 y 9.	19 y 20

Continuación Tabla 22

Retoma los acuerdos con la pareja. Chantajos de la pareja, respuesta asertiva de la participante.	Comunicación asertiva.	Comunicación asertiva, PT, s 16.	21
Cierre.	Cierre del tratamiento.	Entrevista.	22

Nota. Pt, s(s)= Plan de tratamiento, sesión(es); Inv. TBH=invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.

La participante (C-6) se mantuvo viviendo con su madre por varios meses, aunque en ocasiones se quedaba en su propia casa, pero, en la segunda planta, con uno de sus hijos y esposa, o, con una hermana.

Las primeras ocho sesiones, habló del maltrato que había sufrido. Expresó las emociones y sensaciones negativas que le provocaban los recuerdos, y las razones por las que había regresado con la pareja en las distintas ocasiones, rompiendo en llanto cada vez.

En esta separación, parecía más decidida a terminar con esta relación de pareja, y quería dejarlo asentado legalmente. Le fue muy útil expresar todas esas emociones negativas acumuladas, favoreciendo una nueva actitud y percepción de su realidad. Ese momento, fue el comienzo de la apertura a lo nuevo que vendría.

Algunos acontecimientos en su familia de origen la prepararon para una comunicación asertiva y mejorar su autoestima. Descubrió (s 9), que antes utilizaba el de callar para evitarse problemas, y que el hablar la hacía sentir mucho mejor.

En la sesión 10, se identifican varios momentos en que tiene muy claro los signos del abusador, y cómo era el ciclo de la violencia en su relación de pareja. Quiere afrontar la situación de maltrato con la pareja, en el sentido de dejarle claro, que ya no volvería con él, no lo necesita, y lo mejor es que acepte el divorcio, por ser lo mejor para ambos.

Más adelante, (s 15) se le preguntó si se había dado cuenta de cambios en su persona, y la respuesta fue afirmativa. Desde dos meses

atrás, se dio cuenta, al igual que su familia. Se percibe en proceso de avance, al sentirse más segura, esperanzada y contenta. Asimismo, su apariencia también mejoró, luce más jovial, vistiendo colores claros, y cabello bien arreglado.

A la siguiente sesión (16) narra todo el proceso legal del juicio de paz, llega a acuerdos con la pareja. Ella se quedaría con la parte de abajo, y él con la parte de arriba de la casa; él trabajaría el taxi que poseen, y le pagaría a ella una renta básica, por dejárselo.

Una de las cosas de esa experiencia, que benefició bastante su autoestima, fue haber conseguido afrontar la situación, sin llanto, y con base a la comunicación asertiva.

Es patente la diferencia en sus emociones, cuando antes eran solo negativas, en esos momentos, estaban más presentes las emociones positivas.

Ha tenido muchos sueños durante la semana (s 19), está procesando el duelo por la separación. A la siguiente semana (s 20), habla de la necesidad de salir de vacaciones, a su ciudad natal, Guadalajara. Esto nos indica que la participante, por un lado, detecta sus necesidades, la manera de satisfacerlas, al mismo tiempo de sentirse con el derecho a ello. Vuelve a presentar sueños alusivos a la terminación de la relación de pareja.

La participante menciona (s 21), haber citado su pareja para confrontarlo, respecto a no haber respetado los acuerdos del juicio de paz, a lo que él respondió con chantajes. Sin embargo, ella no se rindió, afrontó la situación de una manera determinante y asertiva, para llegar a acuerdos, que él sí cumpliera.

La sesión 22 fue el cierre de la TBH. Los momentos de mayor conflicto, recuerda que son los relacionados con la conducta asertiva. Su familia a veces se desconcierta cuando se atreve a contestar, ya que antes, guardaba silencio. Cree que debe moderar la forma en que hace sus declaraciones asertivas. En este sentido, es evidente su evolución en darse

cuenta y actuar en consecuencia, puesto que no desea dañar a nadie, únicamente ser escuchada y comprendida.

No tuvo dudas en continuar, ya que sentía que cada semana avanzaba hacia algo mejor. El avance terapéutico, que ella consideró más significativo, fue la seguridad en la toma de decisiones.

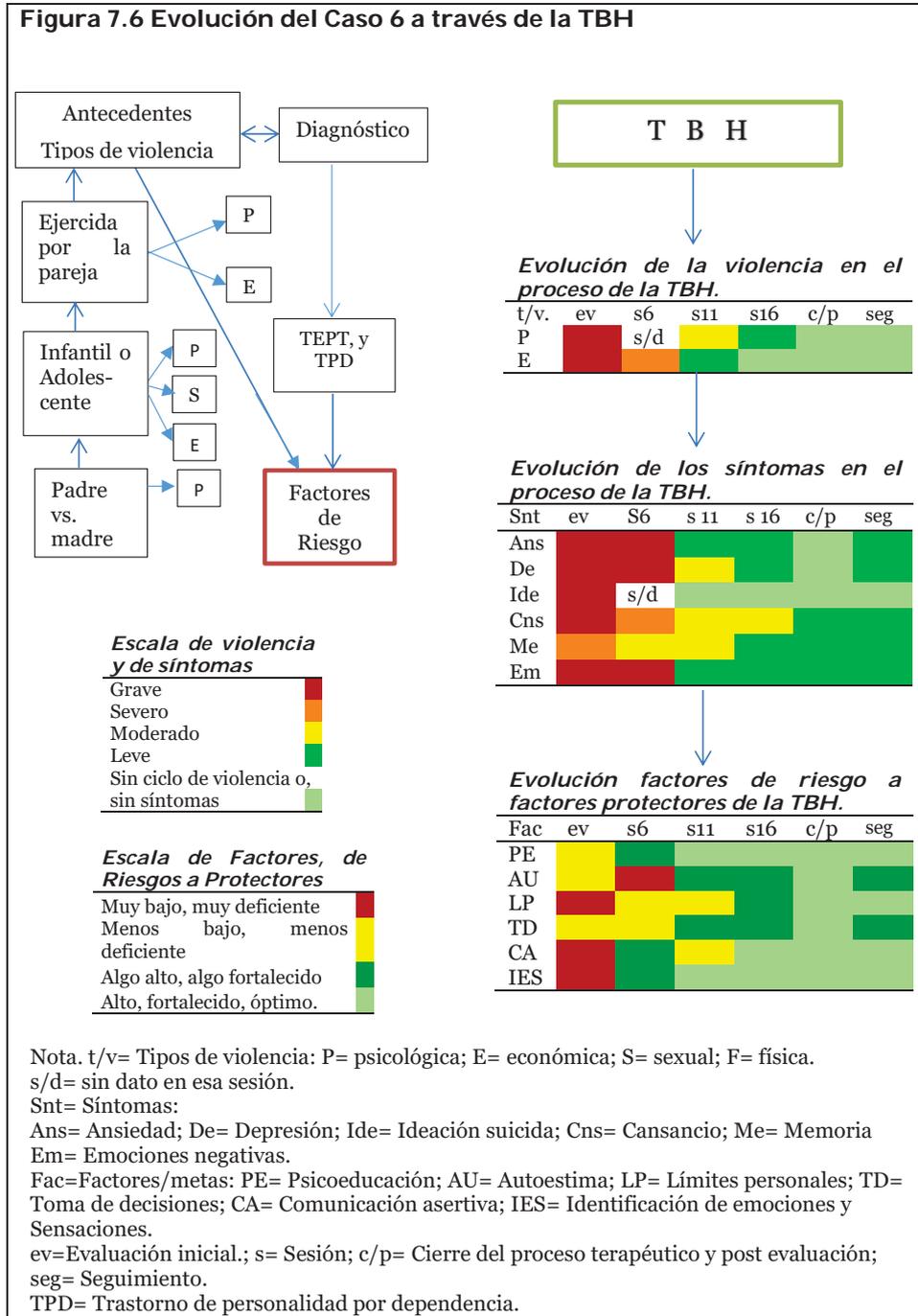
Para esta sesión de cierre, expresa la manera en que su exesposo y ella, están dividiendo las cosas en la casa, para poder estar independientes. No desea quedar como enemiga de él, únicamente, sostener una relación amistosa, puesto que compartirán el espacio. Considera, que es lo más sano para mostrar a sus hijos, quienes están acostumbrándose a la nueva constitución familiar, y al hecho de haber nuevas reglas.

La Figura 7.6 representa cómo fue la evolución de este caso. En la post evaluación, a un mes de terminada la TBH (19/08/2010), la participante se presenta puntual, contenta, y menciona que está poniendo en práctica todo lo aprendido. Se muestra muy satisfecha de su evolución. Menciona, haber notado más seguridad en ella misma, cuando trabajó con hipnosis. En el aspecto que vio más avances fue en su estado de ánimo, pero sobre todo en la toma decisiones.

### ***Seguimiento caso 6.***

Se contactó a la participante para la evaluación de seguimiento, aceptó, se realizó 6 meses después de la post evaluación.

Llegó tranquila con una apariencia de serenidad y bienestar. Estaba viviendo separada de su esposo, compartían la casa, y no se había concretado, el divorcio. Uno de sus hijos, se fue a vivir con ella. Su fuente de ingresos era la renta del taxi que les pertenece a ambos.



Menciona sentirse orgullosa de tomar decisiones por ella misma: "...ahora lo veo normal, que todo tiene solución". Y es capaz de afrontar las consecuencias.

Se da cuenta de las maniobras de su esposo para prolongar los trámites del divorcio, y es algo que a ella le molesta, sin embargo, puede mantenerse firme en su decisión de obtenerlo.

Sus síntomas se mantienen considerablemente más manejables, se siente mucho mejor en todo sentido. En caso de llegar a decaer, ella misma sabe cómo salir adelante con más rapidez que antes. Las ideas son más claras, y marca sus límites personales con determinación. A la vez, observa una autoestima fortalecida, "*Yo me veo y me siento muy bien*" (sic.) [C-6, P: 250:052, seguimiento], que le permite sentirse con derecho a ser respetada. Dejó de desempeñar los papeles de sumisa, abnegada, o víctima, adoptando un papel más activo con responsabilidades sobre su propia vida, con lo que la dependencia emocional hacia la pareja, prácticamente, quedó disuelta. Aprendió lo suficiente sobre la violencia ejercida por la pareja. Reconoce su red de apoyo, la cual se mantuvo igual, y más bien, con el fortalecimiento de sus recursos personales, ella es ahora la que brinda más apoyo a sus familiares y amigos, sin colocarse por debajo de ellos, o en último lugar.

La participante rompió completamente con el ciclo de la violencia, al dejar de participar en los chantajes de él, y, por el contrario, sus actitudes asertivas la convencen incluso más, de su gran deseo de vivir una vida libre de violencia, e independiente.

### ***Análisis caso 6.***

La participante de este caso, inicio la TBH en noviembre del 2009, la evaluación de cierre en julio, 2010, post evaluación al mes de concluido el tratamiento en agosto, 2010, y seguimiento, en marzo, 2011.

Se trata de una mujer que sufrió de maltrato psicológico y económico, prologado, por parte de la pareja, por aproximadamente 24 años de matrimonio. Determinada a obtener el divorcio, pero con factores de riesgo que le impedían tener la seguridad para afrontar todo el proceso emocional, y legal de la separación.

Presentaba en mayor o menor medida, todos los factores de riesgo, señalados por la TBH. Conforme avanzó en su proceso, la participante, fue sintiéndose más relajada, confiada en conseguir el divorcio, y tener una vida libre de violencia.

Sus principales obstáculos fueron la inseguridad para tomar decisiones, y la incapacidad para afrontar la violencia de manera segura y asertiva, envueltos en culpa, depresión y cansancio, emocional y físico. En relación a la familia, las críticas. En relación a él, los chantajes. Pero, también, los sentimientos de culpa, por no haber sido aún más sumisa, y abnegada para cumplirle todos sus deseos.

Los momentos difíciles por lo que atravesó durante el tratamiento de la TBH fueron, afrontar la violencia de su esposo en el juicio de paz, resistir las críticas familiares, restablecer su estado emocional, y aceptar que no puede solucionar los problemas de los demás, como los son las dificultades de los hijos.

En la post evaluación y seguimiento, se observó el mantenimiento de las metas, así como la eliminación de la sintomatología, con excepción de su estado de ánimo, en que a veces recae, en episodios leves de depresión.

En conclusión, en este caso (6) la TBH fue efectiva, cuando la mujer logra aminorar, significativamente sus síntomas, y aumentan los factores protectores, con lo que fue capaz de romper completamente con el ciclo de la violencia, para vivir una vida independiente y empoderada.

### **Caso 7.**

Mujer de 33 años de edad, nacida en Guadalajara, Jalisco, radicada en la ciudad Tijuana, por 13 años. Llegó al CUAPI en busca de ayuda psicológica para su hija. Se le invitó al estudio de la TBH cuando se detectó la violencia en la pareja, al cual accedió a participar.

Características sociodemográficas: separada, vive en una casa de acogida. Tiene 3 hijos; una hija (14 años de edad), de la primera pareja, con la segunda, tuvo dos hijos (4 y 9, años de edad); añade que antes de su tercer hijo, tuvo un aborto inducido. Los tres viven con ella, y asisten a la escuela; la hija, secundaria, y los niños, escuela primaria. Posteriormente, tuvo otra pareja, de la cual no tuvo hijos, y con quien, durante la TBH, mantenía una relación de pareja, pero, estaban separados. Escolaridad: secundaria. Sin ingresos propios; colaboraba en la casa de acogida, a cambio de su estancia, en el lugar.

#### ***Motivo de consulta.***

Reconoció que había vivido violencia en todas sus relaciones de pareja, y fue el motivo de separación de su actual pareja.

*He pasado por violencia y yo creo que ese es el motivo, pues tengo muchas cosas que a veces yo siento que no me afectan, y de repente... las recuerdo, y me doy cuenta que sí me siguen afectando. [C-7, P: 159:133, s 1].*

#### ***Evaluación inicial.***

Aparentaba aproximadamente 5 años más edad a la cronológica, aparentaba bastante cansada, con buen arreglo personal. Su afecto era rígido, no sabía cómo sentirse, y expresar lo que sentía hacia sus hijos; su

estado de ánimo presentaba un alto nivel de gravedad: contención del llanto, dolor, tensa, triste, deprimida, ansiosa, miedo, y sentimiento de culpa. También presentaba ideación suicida.

Sufrió de violencia infantil de tipo psicológico. Se le ocultó quien era su madre, y en una ocasión presenció cuando la golpeaban, sin saber que se trataba de ella. Por lo que encima de todo, recibió burlas por no haber sabido que la mujer golpeada era su madre. De tipo sexual: por una tía y un hombre cercano a la familia; calló porque estaba amenazada, y tenía miedo de que no la creyeran.

La participante padeció de maltrato crónico, por parte de tres parejas distintas, durante 16 años, que se puede calificar como un nivel de seriedad grave; recurrió a ayuda médica en una ocasión, las otras no, por vergüenza, que es una de las reacciones típicas de las mujeres en estas condiciones (Echeburúa y De Corral, 1998; OPS, 2003a; 2010; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Como resultado de la evaluación, se diagnosticó, de acuerdo al DSM IV-TR con F41.1 TAG [300.02], y F43.1 TEPT [309.81]. Ello, agregado a la conceptualización de Herman (2004), por lo consecutivo de las situaciones traumáticas, se trata del TEPT complejo.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Pertenece a una familia desintegrada. El padre abandonó a la madre, cuando estaba embarazada de la participante. La madre era drogodependiente, por lo que fue criada por los abuelos maternos. En la familia siempre hubo influencia de drogas y/o alcohol. La participante, fue consumidora tanto de drogas (marihuana, cristal y pastillas) como de alcohol, durante tres años (de los 27 a los 30 años de edad).

Era la mayor de siete hermanos. A los 6 años de edad, ingresó a un internado, donde permaneció toda la educación primaria.

Sufrió burlas de amigos y familiares respecto a su madre. Fue devastador para ella saber quién era, no solo por las burlas, sino porque coincidió al momento en que había decidido hablar sobre el abuso sexual. El resultado fue la manifestación de emociones negativas como ira, dolor, rencor, ansiedad; además, se sentirse, engañada y lastimada:

*...me decía que no le dijera a nadie de ese juego que no pasaba nada yo aveces quería decir pero tenía temor de que no me creyeran ellos eran grandes y yo pequeña a demas ellos no eran mis padres no sabía como reaccionarian al decirlo un día me dijeron quien era mi madre me lastimo mucho porque yo la conocía nunca me lo dijo en muchas ocasiones había personas que me decía que ya sabían quien era mi madre y la insultaban y o golpeaba y trataban de calmarme mi coraje era tan grande tardaba mucho en calmarme (sic.). [C-7, P: 242:1, historia de vida].*

En la educación secundaria, regresó con sus abuelos. Se mantenía enfurecida contra ellos, por haberla mentido. A partir de esto, los deja, para unirse a un hombre.

### ***Factores de riesgo.***

#### *Parejas anteriores y tipos de violencia.*

Desde el inicio de la primera relación de pareja, padeció violencia de tipo sexual: impaciencia y malos tratos sexuales de la pareja, agregado a la ignorancia de ella acerca del papel que juegan las relaciones sexuales en la convivencia marital. También sufrió de violencia de tipo psicológico, por

parte de la familia de él, con amenazas de quitarle a su bebé, por lo que decide irse a Tijuana con sus hermanos y su madre.

Le fue difícil la adaptación a Tijuana: *“la gente era más liberal que en Guadalajara”* (sic.). Empezó a salir a divertirse con amigas, y ahí, conoció a su segunda pareja, con quien tuvo dos hijos, y un aborto inducido. Esta pareja ejerció violencia física, sexual y psicológica contra ella, y a los/la hijos/a los que maltrataba físicamente:

*“(Mi hija) ...me dijo que los bañaba porque les marcaba las piernas [por los golpes] y el no quería que yo los viera cuando yo me di cuenta de esto quise irme, pero el me golpeo y me pico con unas tijeras solo que puse la mano y solo me lastimo los dedos...”* (sic.) [C-7, P: 242:1, historia de vida].

Una vez que lo pudo dejar, se juntó con una tercera pareja, sin estar enamorada, por miedo a que la pareja anterior, la buscara y tuviera represalias (Echeburúa y De Corral, 1998; Salber y Taliaferro, 2000; Walker, 2009). Este tercer hombre, había sido pareja de su madre, y le tenía “afecto” (sic.).

La violencia con esta tercera pareja, era de tipo psicológico y físico. En el último evento de violencia, él la amenazó con un arma de fuego para obligarla a quedarse. La participante comenzó a gritar desesperada hasta perder el control, y comenzó a alucinar. Ella lo describe en su historia de vida de la siguiente manera:

*“...estuve llorando mucho con un llanto desesperante empeze a tener alucinaciones de mi padre ya no veía a... [menciona el nombre de la pareja] yo veía a un hombre extraño que me quería matar yo gritaba mucho recuerdo que el me tapaba la boca y me decía que me calmara pero yo no podía calmar ese llanto desesperante no recuerdo si mis hijos estaba ahí o en la escuela solo recuerdo al pequeño que el estaba en el otro cuarto*

*jugando con carritos [menciona el nombre de la pareja] ponía la música muy alta de volumen y yo gritaba más fuerte pedía auxilio pero creo que nadie escuchaba cuando él me vio que empecé a alucinar se asustó mucho y trataba de calmarme pero yo creía que él me asesinaría y no permitía que se me acercara él me dio un cuchillo y me dijo que lo atacara yo aventé el cuchillo y le dije que yo no era asesina...” [C-7, P: 242:1, historia de vida].*

Al parecer, fue la única ocasión que presentó alucinaciones. Esto fue de tal magnitud, que prefirió separarse, y refugiarse en una casa de acogida, donde ha permanecido los últimos tres años. No obstante, continuaba manteniendo una relación de noviazgo, con este último.

En las tres relaciones de pareja, la participante (C-7) sufrió los cuatro tipos de violencia.

Con la tercera pareja, aunque estaban separados y ella tenía más control de la situación, había violencia de tipo psicológico, en una escala moderada, mediante provocaciones, chantajes, pero, sobre todo, sus actitudes la atemorizaban, sentía que podía buscarla en la casa de acogida y vandalizarla.

Violencia de tipo económico, físico y sexual: llegaron a ser en un nivel grave en las tres relaciones de pareja. Sin embargo, con la tercera, estos tipos de violencia, ya no se presentaban al momento de la entrevista.

### ***Consecuencias de la violencia en la salud o sintomatología.***

Todos estos sucesos traumáticos, la condujeron a refugiarse en el consumo de drogas. Las tres parejas fungieron como facilitadores. Las utilizaba para tranquilizarse: *“...él me decía que se esa manera yo me tranquilizaría y lo hacía después de cada pleito...”* (sic) [C-7, P: 242:1, historia de vida]. Las dejó al darse cuenta de la falta de atención hacia sus hijos. Al inicio de la

TBH tenía, aproximadamente, cuatro años limpia de sustancias. Otras consecuencias, a nivel corporal fueron raspones, hinchazón de alguna parte del cuerpo por golpes, sin recibir asistencia médica.

### ***Modos de afrontamiento y red de apoyo.***

A manera de defensa la participante (C-7), abandonó a las dos primeras parejas cuando el nivel agresión subía, y los riesgos eran inminentes, para ella y sus hijos. Donde se observa la reacción traumática de huir al situarse en peligro (Walker, 2004).

Con la tercera pareja solía irse a casa de su madre unos días y después regresaba, y a veces, ni siquiera se iba porque: *"la pareja le daba muestras de que iba a cambiar"* (sic.). Así entraba en la etapa de reconciliación del ciclo de la violencia (Walker, 1979). Para defenderse ella también lo agredía ocasionalmente con gritos, insultos o golpes. Cuando se le preguntó, qué hacía cuando era agredida por su pareja menciona:

*...Pues yo me iba, me iba con mi mamá. A veces no hacía nada, en muchas ocasiones, después..., cuando ya veía que me iba a salir..., él cambiaba, me empezaba a decir que no lo hiciera, que todo iba a estar bien; y yo..., no lo hacía..., me quedaba... [C-7, P: 159:318, s 1].*

La mayoría de las veces, no se defendía, solo lo dejaba pasar con una actitud de sumisión, y de indefensión aprendida (Seligman, 1975; Walker, 2009). Esto hasta que llegaba un punto crítico, en donde ya no podía soportar más y huía (Walker, 2004).

Usualmente, la participante no comentaba la situación de maltrato, únicamente pedía apoyo a su madre, un padrino, o a un hermano, para que la ayudaran a separarse de su pareja. Esto era debido a la lejanía emocional con su familia, que limitaba el alcance de esta pequeña red de apoyo.

Posteriormente, cuando entró en la casa de acogida, comenzó a tener apoyo del personal que ahí laboraba, principalmente de la directora, lo que devino en una red de apoyo institucional, más consistente.

***Factores de riesgo relacionados con las metas del tratamiento.***

La participante tenía conciencia parcial de la violencia. Tenía pocos conocimientos al respecto. La autoestima estaba en un nivel muy bajo. En cuanto a la identificación de emociones y sensaciones, la emoción que la participante presentaba con más frecuencia era el miedo, sus pensamientos y preocupaciones, giraban alrededor de esta emoción, causándole ansiedad. De igual forma, vivía con mucha ira. La enojaban diferentes situaciones, acumulaba tensión hasta perder el control, y terminaba maltratando a su/s hija/os, o bien, peleando con las compañeras del lugar. Esto la condujo a tomar conciencia del peligro que significaba, y admitiera no saber manejarlo:

*C-7: ¡¡¡Tengo que encontrar soluciones! ¡¡¡tengo que hacer algo! porque me estoy enfadando y no quiero...!!! ¡¡¡no quiero lastimar a nadie!!!*

*T: ¿A qué te refieres con lastimar a alguien?*

*C-7: ¡¡¡Golpear a alguien o no sé, hacerle algo, porque no sé, puedo lastimar con la ira, con el coraje!!! [C-7, P: 181:237, s 5].*

Emociones positivas, le eran muy difícil expresar, incluso hacia su/s hija/os, aunque su emoción fuera de cariño o amor, que solo podía expresar hacia su pareja. Ello, a su vez, le generaba mucha ansiedad y culpa.

Los límites personales, igualmente, estaban afectados. Estaban difusos, al permitir el abuso hacia ella, e igualmente, cuando ella transgredía los de sus hijos. Pese a esto, el pronóstico era positivo, ya que

estaba consciente de ambas transgresiones y deseaba hacer cambios en ello.

La participante tenía dificultades para tomar decisiones. Aun cuando se sintiera incómoda con las situaciones, prefería, por inseguridad, postergar las acciones que pudieran generarle cambios positivos en su vida. Optaba por buscar el bienestar de los demás a costa del propio.

La comunicación con su pareja era en términos agresivos, la mayoría de las veces, reclamos o insultos. No sabía expresar a su pareja, las cosas que le molestaban, o lo que necesitaba. En general, evitaba hablar, lo hacía, solo para responder a las personas.

### ***Fase de tratamiento.***

La participante recibió 28 sesiones, incluyendo las de entrevista, tratamiento y cierre.

Como se puede ver en la tabla 23, la meta en la que más se trabajó, fue la identificación de emociones y sensaciones, dado su diagnóstico y sintomatología de dolor, tristeza, miedo y, sobre todo, ansiedad. Varias sesiones (7) se usaron para la exposición de su historia de violencia, entremezclando psicoeducación, además, de las preocupaciones presentes en esos momentos. En este período hubo cambios en el estado emocional, pasaba de risas y alegría con sus hijos, y afirmar que estaba 'bien' con su pareja (s4), a períodos llena de llanto (s5) donde narra muchos de los horrores vividos con sus tres parejas.

Para la sesión 8, se comenzaron a mostrar algunos avances terapéuticos. Se identificó cierto progreso en la expresión de emociones, y manejo de su ira. Sin embargo, en la sesión 13 reportó haber perdido el control durante la semana, hacia una niña del centro de acogida. Este comportamiento fue algo que le afectó mucho, pensaba que al ir sanando

sus heridas e irse sintiendo cada vez mejor consigo misma, ya no tendría este tipo de reacciones agresivas:

*...lo que pasa es que este..., así como cuando no me obedecen los niños [...] o algo, a veces reacciono y no quiero reaccionar así [...]. Como en esta semana forcejé con una niña porque no hacía caso [...]. Entonces, ya después como que me di cuenta que no había actuado bien..., no debí de haber hecho eso, porque se supone que ellos vienen de su lugar destruido, maltrato y todo eso. Entonces... [...] si están en un lugar seguro, y donde se supone que hay seguridad..., y están para protegerlos y todo..., no se me hizo bien, y no sé, no sé, cómo actuar en ese momento, qué hacer. [C-7, P: 163:111-117, s 13].*

Tabla 23

*Secuencia del tratamiento de la TBH del Caso 7*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Inv. TBH. Historia del problema y evaluación del riesgo. Psicoeducación. Inv. TBH. RP.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista y Psicoeducación, PT, s 1 y 2.	1 y 2
Historia de violencia ejercida por la pareja. El dolor por el maltrato.	Identificación de emociones y sensaciones. Psicoeducación.	Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 7. Psicoeducación, PT, s 3.	3
Abuso sexual de un hijo, a los 5 años de edad. RP. Expresión de emociones de alegría, frustración, enojo y dolor.	Historia del problema. Identificación de emociones y sensaciones.	Continuación de entrevista. Expresión de la emoción de alegría, reafirmación Pt, s 7.	4
Desesperación, frustración, impotencia porque desea dejar el centro de acogida y trabajar. Llanto durante toda la sesión. RP.	Comunicación asertiva. Toma de decisiones.	Connotación positiva. Desempeño de papeles. Pt, s 15. Toma de decisiones. Pt, s 13. Metáfora (terapeuta): piedritas en el camino.	5

Continuación Tabla 23

Una pesadilla, le causó mucho miedo. Red de apoyo, centro de acogida. RP. Expresión, emociones y pensamientos. Empatía por el sufrimiento de otros.	Identificación de emociones y sensaciones. Comunicación asertiva.	de y	Expresión y manejo del miedo y enojo. Connotación positiva. Metáfora: Las heridas. Pt, s 8.	6 y 7
Desesperación por su situación de vida. RP, violencia económica moderada.	Toma de decisiones.		Toma de decisiones. Pt, ss 13 y 14.	8 y 9
Desea salirse del centro de acogida, pero sus condiciones económicas no se lo permiten.	Psicoeducación.		Psicoeducación, PT, ss 2 y 3.	10
Un hermano en el hospital inconsciente.	Identificación de emociones y sensaciones. Toma de decisiones.	de y	Se retoman identificación de emociones y sensaciones. Toma de decisiones. Connotación positiva.	11 y 12
Preocupaciones, por su vida familiar, y en la casa de acogida. Evolución del lugar por los cambios administrativos.	Identificación de emociones y sensaciones.	de y	Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 9.	13
Cansancio físico y emocional. Insomnio, ansiedad y miedo.	Autoestima.		Autoestima, cuento: El verdadero valor del anillo, PT, ss 4 y 6.	14
Decisión de quedarse en el centro de acogida. Sueño reparador, pero con un estado de ánimo de desgano y tristeza.	Autoestima.		Connotación positiva. Autoestima, PT, ss 5 y 6. Metáfora (terapeuta): Necesidades de una planta.	15 y 16
Cambio de estado emocional de desgano y tristeza a coraje, ira.	Identificación de emociones.	de	Reafirmación, Identificación de emociones y sensaciones, Pt, s 9.	17
Cambios en la organización del centro de acogida, le han beneficiado. RP.	Límites personales.		Límites personales, PT, s 10, y collage.	18 y 19
Adaptación a los cambios del centro de acogida. Comunicación asertiva con los hijos. Dificultad para conversar.	Comunicación asertiva.		Connotación positiva. Comunicación asertiva, PT, s 15.	20
Identificación de los límites, aplicados en diferentes áreas de su vida. Reconocimiento de las sensaciones que provocan diferentes estados de ánimo.	Límites personales. Comunicación asertiva. Toma de decisiones.		Connotación positiva. Retroalimentación y reafirmación de tres metas.	21
Dificultades en el manejo de los niños y adolescentes, en el centro de acogida.	Límites personales.		Límites personales, PT, s 11. Connotación positiva.	22

Continuación Tabla 23

Satisfacción y alegría. Disciplina de sus hijos, y de los niños que cuida en el centro de acogida.	Comunicación asertiva.		Comunicación asertiva, PT, s 15. Analogía (terapeuta): 'Obstáculos en el camino'	23
Disciplina de los niños, sus reacciones ante la aplicación de estrategias distintas. RP.	Autoestima. Comunicación asertiva.		Autoestima y comunicación asertiva, PT, ss 4 y 16.	24
Presenta menos ansiedad; trata de mantener el autocontrol. RP.	Identificación de emociones.	de	Se retoma la identificación de emociones positivas de alegría. Pt, s 7.	25
Plantea soluciones a la directora del centro de acogida. RP. Plan para dejar el centro de acogida.	Identificación de emociones.	de	Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 8.	26
Tranquilidad. Recuento de lo sucedido durante el proceso terapéutico.	Cierre		Entrevista de cierre.	28

Nota. Pt, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH= Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= Descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.

Estaba consciente de haber actuado indebidamente, responsabilizándose de su proceder, lo cual, es un avance en sí mismo. Se hizo evidente, la necesidad de habilidades para disciplinar asertivamente. Se trabajó en ello, y se continuó sobre identificación de emociones y sensaciones, en conjunto con comunicación asertiva, para que tuviera habilidades de cómo actuar en la disciplina de los niños bajo su cuidado, al igual que a los propios.

Para la sesión 14, reportó haber tenido pesadillas, insomnio, y mucho miedo, en relación a la experiencia de vivir en un centro de acogida. Desea poder salirse de ahí, tener un trabajo; de alguna manera, ser independiente. Al cierre de la sesión, se le ve tranquila y en la siguiente semana (s 15) reporta tranquilidad, haber tenido sueño reparador, aunque también, se había sentido algo desganada.

Para la sesión 17 reporta un fuerte resurgimiento de la ira durante la semana, se trabajó nuevamente con la ira, que transformó en tranquilidad.

Para la siguiente sesión (18) conserva la tranquilidad, se siente más segura, menos tensa, además de advertirse una disminución en el nivel de ansiedad. Igualmente, se notó más arreglo personal, y con emociones positivas, como alegría y satisfacción.

En las sesiones subsiguientes, se vieron avances de manera más consistente. Hubo cambios en la organización del centro de acogida, lo que la obligó a reorganizarse, y a readaptarse. Su comunicación fue siendo un poco más asertiva, con las personas del centro de acogida, al igual que, con la pareja. De esta manera, pasó de ser una comunicación poco clara y difusa, a una comunicación clara y directa. No obstante, le fue difícil superar la inhibición para expresarse más asertiva cuando debía dar su opinión (s 20).

Sus emociones estaban más estables y manejables. Siente compasión por las personas nuevas que van llegando al lugar. Lo cual, es un indicador de haber dejado de estar solo enfocada en ella misma, y comenzar a ver al Otro, además de comenzar a dejar el papel de víctima. Al mismo tiempo, expresa su satisfacción por poder ayudarlos a fortalecerse, al igual que lo iba haciendo ella. Lo que, a su vez, demuestra un desarrollo en su autoestima, que pasó de muy baja autoestima a una autoestima algo alta.

En la sesión 23 tuvo una recaída en relación a la disciplina, de los niños bajo su cuidado. Se sentía muy mal con ella misma, se validaron sus emociones. Reflexionó, y empatizó acerca de cómo deben sentir ellos, cuando ella actuaba de esa manera.

Más adelante (s 26), comenta sus planes de salirse del centro de acogida. Emocionalmente, parecía estar lista para dar este paso, pero económicamente, aún no:

*...le comenté a mi novio, a... [menciona el nombre de su pareja], le comenté, y me dijo que una de sus hermanas tenía una casa, y que ella no estaba viviendo ahí, en la casa de Infonavit [...]. Y me dijo que era posible,*

*que a lo mejor nos la podía rentar barato pues, 500 pesos, o, 400. -Pues dice-, "viendo lo que tú ganas, y que yo no estoy trabajando", porque está en un centro de acogida también, y ahorita no está trabajando. Entonces pues no, ¿cómo? [C-7, P: 177:073-076, s 26].*

El hecho de estar considerando, esta posibilidad, después de haber permanecido, por casi tres años en el centro de acogida, apunta hacia un cambio muy importante en su vida, que refleja una evolución personal.

En la sesión de cierre, básicamente se hizo un recuento de todo lo que le había sucedido durante el proceso terapéutico, y la forma en que superó cada obstáculo. Se le condujo a recapacitar sobre sus logros, y se enfatizó, su plan de vida alrededor de sus aspiraciones, a lo que ella respondió, muy tranquila, entusiasmada, y satisfecha de sentirse mejor con ella misma. Aunque se vislumbró que había una sombra que le dificultaba sentirse emociones positivas:

*Si... como que de repente digo pues es una sensación bonita... [refiriéndose a la emoción y sensación en el cuerpo de felicidad], y así, pero a veces... como que digo... esa sensación bonita no quiero sentirla [risa nerviosa] porque no sé qué, el temor pues siento temor de que algo me pueda suceder [risa]. [C-7, P: 178:044, s cierre].*

Al parecer, no se sintió, del todo, con derecho a disfrutar de la vida y ser feliz.

### ***Post evaluación y seguimiento, caso 7.***

La participante no regresó a la entrevista de post evaluación. Se le llamó al centro de acogida donde vivía, y la encargada nos informó que ya no vivía ahí, pero en ocasiones visitaba el lugar. Se le dejó recado de comunicarse al

CUAPI, o con la terapeuta directamente, ante lo cual, no hubo respuesta. Cuando se realizó el seguimiento, las respuestas del centro de acogida fueron las mismas.

A partir del fracaso en el seguimiento solo se pueden inferir dos posibles escenarios. El primero, es el más afortunado, donde ella hubiera podido realizar su plan de salirse del centro de acogida y comenzado una nueva vida. El segundo, es que no lo haya logrado, y prefirió negarse a contestar las llamadas. En cualquier de ambos casos, su rechazo al seguimiento puede deberse a una necesidad de dejar atrás, todo lo relacionado con su pasado. Tal vez, ser entrevistado nuevamente, pudiera traerle recuerdos dolorosos.

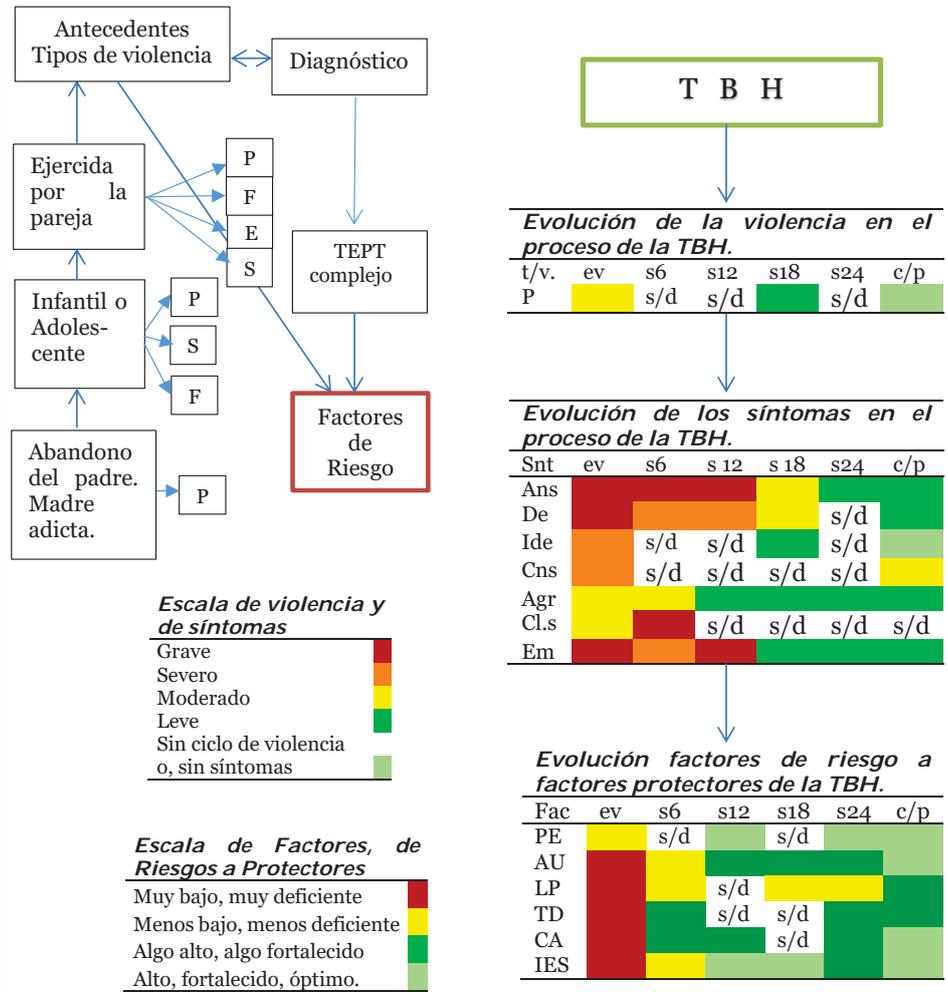
La Figura 7.7 muestra cuál fue la evolución de esta participante en los aspectos de violencia, la reducción de síntomas y el logro de las metas. La violencia estaba en un nivel moderado y pasó a no violencia, pero se debe tener en cuenta que ella no vivía con él, y probablemente, se mantuvo así, por temor a que él no hubiera cambiado suficiente. Sus síntomas se redujeron de manera importante, y avanzó bastante en la adquisición de los factores protectores.

### ***Análisis caso 7.***

Este caso (7) nos muestra lo difícil que es para una mujer, el poder salir adelante por sí misma cuando se tiene detrás una historia de maltrato desde la infancia, y a través de diferentes parejas maltratadoras, cuando, además, se tienen hijos que sostener.

Lo más difícil por lo que atravesó la participante durante la TBH, fue recordar los momentos más dolorosos del maltrato. Por lo que, se emplearon más sesiones para trabajar las emociones y las sensaciones que estaban arraigadas, y que condicionaban constantemente su estado de ánimo, su autocontrol, y sus relaciones interpersonales.

Figura 7.7 Evolución del Caso 7 a través de la TBH



Nota. t/v= Tipos de violencia: P= psicológica; E= económica; S= sexual; F= física. s/d= sin dato en esa sesión.

Snt= Síntomas:

Ans= Ansiedad; De= Depresión; Ide= Ideación suicida; Cns= Cansancio; Agr= Agresión contra su hijo/a/os/as; Cl. s= Calidad del sueño; Em= Emociones negativas.

Fac= Factores/metás: PE= Psicoeducación; AU= Autoestima; LP= Límites personales; TD= Toma de decisiones; CA= Comunicación asertiva; IES= Identificación de emociones y Sensaciones.

ev= Evaluación inicial.; s= Sesión; c/p= Cierre del proceso terapéutico y post evaluación.

Con el tratamiento superó varios de los criterios de los diagnósticos que presentaba del TEPT. Por una parte, dejó de presentar reexperimentación de la situación traumática, y disminuyeron los síntomas de activación y evitación. Se extendió la expresión de emociones positivas, aunque no se permitió sentir felicidad. Mostró avances significativos, en sus interrelaciones sociales, familiares y de pareja.

Durante el tratamiento, la participante tuvo varios momentos difíciles y obstáculos, con los que fácilmente hubiera podido renunciar a este, sin embargo, era más fuerte su deseo de crecimiento personal, y también familiar, con lo que se deduce que en buena medida su adhesión al tratamiento estuvo puesta en esta fortaleza.

Alcanzó, en mayor o menor medida cada una de las metas propuestas en la TBH. Obtuvo conocimientos sobre violencia, además de reconocer sus derechos. Hizo una transición muy visible de una autoestima muy baja a una autoestima algo fortalecida. Sus límites personales pasaron de ser muy difusos y muy rígidos a claros y algo flexibles. En relación a la toma de decisiones, pasaron de ser inadecuadas o tomadas con dificultad, a ser tomadas con mayor asertividad, considerando las posibles consecuencias de las mismas, sin llegar a lo óptimo. De igual forma, aprendió a comunicarse asertivamente, pasando de una comunicación difusa a una comunicación clara.

Podemos ver que en este caso el tratamiento fue efectivo. Ya que la misma participante (caso 7) menciona, en la sesión de cierre, sentirse muy bien por los cambios que ha logrado, se sentía más segura, con mayor confianza en sí misma, para poder lograr las cosas que se proponía, como continuar con estudios de preparatoria.

Como consideración final, era deseable poder verificar, cuáles avances que logró la participante mediante la TBH, se mantuvieron en ella, después de algún tiempo de finalizado el tratamiento. Pero, esto no fue posible, como ya se ha mencionado. No obstante, se concluye, que la TBH,

tuvo un efecto favorable en esta participante, aun cuando no pudiera alcanzar niveles óptimos de las metas, se considera, sí fueron suficientes para esos momentos de su vida, tomando en cuenta su edad y maduración.

**Caso 8.**

Mujer de 49 años de edad, nacida en la ciudad de Torreón, Coahuila, México. Radicada en Tijuana (no recuerda desde cuándo). Llegó al CUAPI en busca de ayuda psicológica para su hijo menor. No se veía muy convencida cuando aceptó.

Características sociodemográficas: casada, separada desde dos semanas atrás, llevándose con ella, al hijo menor, de 5 años. Estaban viviendo con su hija, de 24 años de edad, y su familia, e iniciaría trámites de divorcio. Tenía otro hijo, de 20 años, que se quedó con el padre. Se dedicaba al hogar, a cuidar a su nieta, y a la venta de cosméticos. Escolaridad: 1<sup>er</sup> grado de secundaria; religión, Testigo de Jehová; su economía estaba basada en los ingresos de su hija, de aproximadamente \$3.000,00 pesos al mes (unos 160 € mensuales), puesto que el esposo estaba parado, lo que los colocaba en un nivel económico muy bajo; habitan una casa alquilada con todos los servicios.

***Motivo de consulta.***

Inseguridad de haber tomado la decisión correcta, respecto a la separación de su esposo y comenzar trámites de divorcio. La terapeuta de su hijo, le sugiere recibir terapia, al detectar que sufría de violencia en la pareja, y ella acepta. Al principio, se mostró renuente a ser tratada con hipnosis, se le explicó y desmitificó, ante lo cual, aceptó.

***Evaluación inicial.***

Aparentaba una edad aproximadamente 10 años mayor a la cronológica, y estar muy cansada; de aspecto humilde, luce relativamente aseada. Actividad motora normal; coherente expresión de emociones; muy ansiosa,

muy triste, muy deprimida con llanto frecuente, emocionalmente dependiente; y, mucha ira y rencor y mucha culpa hacia su esposo, además de reacciones impulsivas. Demuestra mucha incertidumbre, inseguridad y necesidad de apoyo. Memoria algo nublada, con dificultades para recordar a corto, mediano y largo plazo.

Sufrió de violencia infantil de tipo psicológico y sexual. El primero por los padres, y sexual de su hermano mayor.

No tenía consciencia de la violencia en su relación de pareja. Estaba preocupada por recibir atención para dejar de agredir (nalgadas), a su hijo menor, más que para sí misma. De igual forma, reportó responder ocasionalmente con agresión a los atentados de su esposo, por lo que la violencia era mutua.

Se mostró cooperadora, pero cuando se le plantea el tipo de tratamiento con hipnosis, expresa miedo, y se muestra ambivalente entre aceptar o no, pues es enfrentarse a algo desconocido. Se le ofrecieron otros tipos de tratamientos, pero no captaron su atención, quizás la hipnosis también le causaba curiosidad.

Cumplía con los criterios del F43.1 TEPT [309.81]; y, F60.7 TPD [301.6] de acuerdo al DSM-IV-TR. Asimismo, padecía de diabetes mellitus tipo II, sobrepeso, y asma.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

El padre de la participante, era un hombre divorciado y con un hijo, cuando se casó con su madre. Del matrimonio de sus padres fue hija única.

En su familia de origen llevó una vida solitaria, aunque era muy apegada a su madre, casi siempre estaban juntas, pero, durante la adolescencia peleaban. Su madre se fue un año con su abuela: *“porque la*

*quería curar de brujería...*". Pero murió al poco tiempo, cuando la participante contaba con 19 años de edad. Menciona no ser feliz desde la enfermedad de su mamá. Probablemente, había culpa, debido a que, en el último tiempo de vida de la madre, estuvieron peleando.

Su papá tomaba mucho y llevaban una relación muy tensa, comenta: *"...papá cada fin de semana "tomaba y tomaba" ..."* (sic.) [C-8, P: 21:69, s 1]. Recuerda que una sola vez le pegó cuando perdió unos zapatos nuevos.

Cuando la madre murió, se enteró de tener un medio hermano, al que ella siempre había creído ser su tío, por vivir con los abuelos. Menciona que este *"la manoseaba"* (sic.), pero, no sabía que eso era inadecuado. Más adelante, a la edad de 17 años, un *"amigo"* la violó. Lo que indica doble abuso sexual, aunque ella, al tiempo de la entrevista, no le dio importancia.

En algún momento, la madre la negó como su hija, y la nombró *"arrimada"*; lo que fue una revelación muy fuerte, por todo el rechazo que significaba. Constituye antecedentes de abuso psicológico, aunque tiempo después la madre se disculpó y le dijo que no era verdad, pero la participante, nunca se recuperó.

La participante fumaba desde los 12 años, y lo dejó a los 39, después de haberse bautizado Testigo de Jehová. Su hijo mayor, fuma, y ella sospecha, consume drogas.

Tuvo dos intentos de suicidio. El primero, entre los 10 y 12 años, por soledad, tomó las pastillas de su madre, y recuerda haber dormido mucho. Entre 15 y 17 años, tuvo el segundo intento, tratando de cortarse las venas. Lo atribuye a que la madre de su novio no la quería, criticaba a la madre de la participante diciendo que estaba podrida.

#### *Historia del problema.*

Define a su familia como desunida, dividida en dos bandos: en uno su esposo y su hijo de 20 años, y en el otro, ella, su hija con la que se

encontraba asilada, y su hijo menor. Su papel familiar ha sido llevar la jefatura, que no es acorde a lo que ella considera adecuado: "...*la autoridad la debe llevar el hombre*" (sic.) según su religión.

La participante constantemente se siente culpable por no haber dejado mucho antes a su esposo y permitir que maleducara a su hijo. Consideraba que su esposo tenía "un amor malentendido" por su hijo adolescente, porque le consentía demasiado y no le permitía tener una responsabilidad.

La participante no pensó en el divorcio, hasta que el hijo menor comenzó a presentar problemas de indisciplina en el preescolar: "*no obedece y molesta a sus compañeros*" (sic). Lo que ella, asume, está relacionado con presenciar todos los conflictos familiares.

No se considera dependiente de su esposo, siente mucho coraje contra él y resentimiento. Se casó con él a tres meses de haber terminado otra relación, y afirma: "*Ese fue mi gran error, no lo conocía lo suficiente*" (sic.) [C-8, P: 21:64, s 1]. Se siente incomprendida, porque al tratar de hacer acuerdos con la pareja, este le dice que sí a todo, pero no cumple con nada. Lo que denota una falta de responsabilidad y compromiso por parte de la pareja.

### ***Factores de riesgo.***

El riesgo principal de violencia, era que él la convenciera para regresar a casa sin cumplir los acuerdos a los que llegaran, y continuaran las amenazas, humillaciones, insultos, y falta de compromiso hacia ella y el resto de la familia, puesto que: "*Siempre ha sido irresponsable*" (sic.) [C-8, P: 21:63, s 1].

Los tipos de violencia ejercidos por la pareja, hasta antes de separarse, eran: psicológico, con amenazas, gritos e insultos, y económico en cuanto a lo ocasional o nula aportación económica al sostenimiento del

hogar. Ambos en un nivel de gravedad moderado y habían durado, los 25 años de matrimonio, además de violencia física en los primeros años.

*Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

Tenía buenas relaciones de amistad, que constituían una buena red de apoyo social. La red de apoyo de tipo familiar, básicamente era su hija, y la familia de esta, con un apoyo total e incondicional. También contaba con su hermano, cuando necesitaba salirse de su casa.

Su forma de afrontamiento en ese momento fue dejar a la pareja. Antes amenazaba con hacerlo, sin llevarlo a cabo:

*...pero él puras palabrotas, puras palabrotas, yo lo trataba de evitar, pero ya que me enojaba, pues también le decía hasta lo que no, y siempre estaba yo con que "me voy a ir..., te voy a dejar", y a veces me iba con mi hermano, tres o cuatro días me iba, pero ahí regresaba, y como le digo, se tranquilizaba algunos días y volvía a lo mismo. [C-8, P: 27:073, s 5].*

En esta ocasión, se sintió sin ninguna otra alternativa, y a la vez fortalecida por el respaldo de la hija:

*Pues que no me sentía capaz para afrontar una situación. Como implicaba el gasto, aún ahora me pongo a pensar "me hubiera ido, ya tenía la casa, mi amiga ya me había ofrecido su casa". Pero a mí, se me hacía algo tan difícil..., no me sentía preparada, y me sentía cobarde, que no iba a poder salir adelante con mis hijos, que no les iba a poder proveer, [...]. Yo creo que pensaba eso, y no me sentía capaz. [C-8, P: 27:085, s 5].*

En cuanto a los factores considerados en la TBH, se identificó que la participante no poseía conocimientos sobre la violencia en la pareja, ni

tenía consciencia de vivir una relación de este tipo. Veía como normales las agresiones de la pareja. Presentaba baja autoestima, calificada así por la participante. Cuando se le preguntó del cero al 10, en qué nivel se ubicaba su autoestima, siendo el 10, lo más alto, dijo: "...un seis, de panzazo, nada más por no reprobarme" (sic.). A pesar de esa baja autoestima, siempre trataba de salir adelante.

Los límites personales se encontraban muy difusos. La identificación de emociones y sensaciones estaba direccionada a las emociones negativas de culpa, ira, rencor, tristeza, ansiedad, y casi nula presencia de emociones positivas. La toma de decisiones la hacía con dificultad (autoritaria y deficiente). Por último, la comunicación era deficiente y nada asertiva.

### ***Fase de tratamiento.***

La participante asistió a 16 sesiones, sin concluir el tratamiento de la TBH. Fue tratada por dos terapeutas. Las 12 primeras sesiones (que incluyen la entrevista de evaluación) las realizó con una, y las otras cuatro, con una segunda terapeuta.

Esta participante no fue constante en su tratamiento, y hubo interrupciones con lapsos desde una a tres semanas. Esto, argumentó la paciente, se debía, a no tener quien cuidara a su nieta mientras ella acudía a terapia, y carecer de recursos económicos para trasladarse al CUAPI, pero, sobre todo, a su estado de ánimo depresivo.

Durante el proceso terapéutico hubo llanto constante, desde la primera hasta la décima sesión, dentro y fuera del contexto terapéutico. Sentía mucho coraje contra ella misma, por no haber dejado antes a su esposo. A la vez, se sentía ambivalente, y dudaba respecto de haber obrado bien, o no, al haberse salido de su casa, y dejar a su pareja al cuidado de su hijo mayor.

En la tabla 24, se puede ver la secuencia del tratamiento que alcanzó a recibir esta participante.

Tabla 24

*Secuencia del tratamiento de la TBH del Caso 8*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Inv. TBH. Historia del problema. Emociones de dolor y culpa. Abuso sexual en la infancia y adolescencia.	Historia del problema. Límites Personales.	Entrevista. Límites personales, Pt, s 8.	1 y 2
Emociones de dolor, frustración y culpa por todo aquel maltrato. Problemas con su hijo adulto-adolescente. Emociones. Red de apoyo.	Historia del problema. Entrevista.	Connotación positiva. La pregunta del milagro. Búsqueda de excepciones.	3 y 4
Aspectos de la violencia en la pareja, y en relación a otros miembros de la familia. RP.	Psicoeducación.	Psicoeducación, Pt, ss 1 y 2 Metáfora del atajo.	5 y 6
RP. y lo relacionado con los bienes raíces que tiene en común. Ya no ha habido golpes contra el hijo menor.	Toma de decisiones. Límites personales.	de Analogía (terapeuta): Construcción de un edificio. Límites personales, Pt, s 8. Toma de decisiones, Pt, s13.	7
RP. Duda respecto a hablar de su esposo como tal o ex esposo. Tomó la decisión de dejarle a la pareja el terreno, y comenzar de nuevo.	Toma de decisiones.	de Toma de decisiones, Pt, 14.	8
Limitaciones económicas. La pareja no ha aportado manutención suficiente para el hijo, seis meses atrás.	Toma de decisiones.	de Connotación positiva. Toma de decisiones, Pt, 14. Búsqueda de opciones.	9
El hijo mayor está encarcelado. Identifica de las emociones negativas de esos momentos. Mucha culpa, tensión y agresión contra el hijo menor.	Identificación de emociones y sensaciones.	de Metáfora (terapeuta): pintar cuadros.	10
Trabajo del hijo mayor. RP. La pareja le insiste en que regrese con él.	Límites personales.	Connotación positiva Límites personales, Pt, s 10.	11
Incremento de sus recursos, marcando límites personales. RP. Salud deteriorada del esposo.	Límites personales.	Límites personales, Pt, s 10.	12

Continuación Tabla 24

Faltó tres semanas. Duelo por la primera terapeuta, que estuvo por 12 sesiones. Vinculación con la nueva terapeuta. Culpa por dejar a su hijo mayor con el papá, y por el deterioro de su esposo.	Establecer un vínculo con la nueva terapeuta.	Separación de la terapeuta anterior. Revaloración.	13
Preocupaciones de sus hijos. Obstáculos para continuar asistiendo a la TBH.	Toma de decisiones.	de Metáfora: Visión de túnel; y, Voltear a verse. Toma de decisiones, Pt, s 13.	14
Papel de mamá hacia la pareja. Dificultades para seguir viniendo por el cuidado de la nieta. Tristeza, desánimo porque el hijo menor no avanza según le dicen en la escuela.	Autoestima.	Autoestima, cuento: El verdadero valor del anillo, Pt, s 6.	15
Mejoró su ánimo, estaba tranquila, por el avance terapéutico de su hijo menor. Temor por la hipnosis.	Toma de decisiones. Autoestima.	de Hipnosis: Símbolos. Fue la última sesión que asistió.	16

Nota. Pt, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH= Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= Descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.

Sus principales preocupaciones, y a la vez, obstáculos, fueron: la separación de su esposo, el comportamiento de su hijo adulto-adolescente, la conducta de su hijo menor, la dependencia hacia su hija, encontrar un trabajo, y cuidar a su nieta. Todo ello generaba un constante conflicto y pensamiento errático, que la mantenía deprimida, por no saber qué decisiones tomar.

En la séptima sesión, se observó un cambio significativo en su lenguaje corporal, más abierto que antes. Dejó de cruzar los brazos tanto como antes, pues al inicio era prácticamente toda la sesión, mientras que en ese momento era mínimo.

Plantea lo que siente por su esposo ante la separación, y por el conflicto de interés en la casa que poseen:

*A mí me da lástima su situación [del esposo], ... yo pienso en su situación, que no tiene a dónde irse y va a andar en la calle. Pero, lo digo, y me dicen que lo quiero, "que... ¿por qué lo dejé en la casa?, que lo debí haber sacado". Y ahí es donde me siento mal, por no haberlo sacado. [C-8, P: 29:019, s 7]. ...la verdad, mientras no tengo contacto con mi esposo estoy bien, a gusto. Me da tristeza cuando lo veo, su situación me afecta malamente... [C-8, P: 29:051, s 7].*

La preocupación por la pareja se presenta aún más clara cuando se le pregunta ¿qué pasaría si lo sacara de la casa? y ella responde: *"...nada, que anduviera él en la calle, y pues me iba a sentir responsable". [C-8, P: 29:103, s 7].*

La pareja implícitamente solía depender de ella, lo que probablemente era algo que le molestaba, y potenciaba que se pusiera violento contra ella. A su vez, a ella le frustraba no poder depender de él. La participante, no desea perder lo que tienen juntos, tampoco quiere arreglar todo ella, y hacerse responsable, ni quiere quedarse con su hija. No se atreve a decirlo, pero era muy transparente su deseo de poder depender de él: "Si tan solo fuera lo suficientemente responsable, y respetuoso con ella", que es uno de los pensamientos recurrentes en relaciones violentas prolongas (Echeburúa, Amor, et al., 2002).

Al mismo tiempo, desea tomar la decisión correcta, por la angustia que le genera haber tomado decisiones erróneas en el pasado. Sentía mucha presión para tomar una decisión, pero la inseguridad para hacerlo era abrumadora, adoptando una actitud de sumisión y de indefensión aprendida (Seligman, 1975; Walker, 2009).

Sin embargo, la insistencia del esposo en que regresara, la presión de su hija y el hecho de no contar con un ingreso propio, la hacen dudar, nuevamente, en cuál decisión debe tomar (s 10). A todo ello hay que sumarle dos situaciones: la pareja da muestras de interés por hacer algunos

cambios en su comportamiento, y con ello entran en la fase de reconciliación del ciclo de la violencia; por otro lado, él se enferma, circunstancia que le da a ella la oportunidad de adoptar un papel maternal hacia él:

*¿Pero por qué me duele? Ay, me da coraje conmigo misma ¿Por qué me da lástima?, ¿por qué me duele si es un adulto como yo? Bien que piensa, que es autosuficiente, por eso me da coraje conmigo ¿Por qué quiero yo ayudarlo..., si él no quiere ayudarme a mí para nada? Ahí es donde me da mucha rabia, conmigo misma. [C-8, P: 22:059, s 10].*

Este descuido y enfermedad de la pareja puede ser interpretado como una manera de chantajearla, porque él conocía la forma de tener los cuidados necesarios, debido al tipo de enfermedad (diabetes mellitus), y decide no seguir el tratamiento, con lo que logra provocar lástima en la participante, y consecuentemente, le abre la posibilidad de cuidar de él. Esta es una forma de afrontamiento peculiar en mujeres bajo estas condiciones y ante una situación interpretada como inevitable: intentar ganarse el afecto de su agresor (Walker, 2004).

De cualquier manera, en esta sesión (10), se distinguió cierta mejoría. Estaba menos cansada, algo tranquila, con menos ansiedad. Su comunicación era algo más asertiva hacia el hijo adulto-adolescente, así como un mejor manejo de sus impulsos, con lo que dejó de agredir al hijo menor. Comportamiento, que la participante relacionó con la estrategia de hipnosis, respecto a límites personales. Sin embargo, también se refleja un intento desesperado de la participante de reestablecer la homeostasis familiar mediante estos “avances”, debido a la adaptación paradójica (Montero-Gómez, 2001):

*Ya no me ha dolido nada, como la vez que vine con usted, y se aplicó ejercicio de relajación [refiriéndose a la hipnosis], ya ve que estaba un poco tensa, y la barda, ¡cómo me ha ayudado! yo pienso que eso me ha ayudado más..., para fortalecerme, para darme el ánimo, ... [C-8, P: 22:0143, s 10].*

Lo cual no quiere decir que esté mintiendo o desee guardar las apariencias, sino que se autosugestiona acerca de un bienestar necesario para restablecer dicha homeostasis (Montero-Gómez, 2001).

En la sesión 12, las situaciones familiares la agobian. El hijo mayor estuvo detenido, no especifica cuánto tiempo, ni el motivo. La pareja le sigue insistiendo en que se regrese y vayan a terapia de pareja.

La decimotercera sesión, se iba a utilizar para hacer la transición de una terapeuta a otra, pero no se presentó, y faltó por dos semanas más. Se tuvo que hacer la transición en ausencia de la primera terapeuta.

La sesión 16, y última, llegó tarde diciendo que se había quedado dormida, que puede ser un síntoma de depresión debida a tantas situaciones adversas que se le estaban ocurriendo, tras haber dejado al esposo. Tales como: la insistencia de este en que volviera, el extrañar su casa, el hijo detenido y, la separación de la terapeuta anterior.

No obstante, se observó progreso (s 16) en su autoestima, al darse cuenta que está bien hacer cosas para sí misma, sin ser algo definitivo, puesto que dependía de su estado de ánimo de cómo se percibe a sí misma día con día:

*Sabe que me he sentido con más ánimo esta semana, estoy, ¡ay! es que es un proceso, ¿verdad... (risas)? la semana pasada me sentí mal, mal, pensando yo sola me doy lástima, yo sola me apachurro y hablando de eso, de hacer cosas por mí, y me doy cuenta que es un proceso... Y que me he sentido muy bien, con más ganas, será optimismo. [C-8, P: s 16].*

Su estado de ánimo, se mantuvo decaído, con emociones negativas, aunque con algunas emociones positivas. Asimismo, la dificultad para la toma de decisiones, siguió en el mismo nivel. El tema de dejar definitivamente a su esposo, o regresar con él, estuvo presente en todo su discurso desde que comenzó, y hasta que abandonó el tratamiento. Por momentos decidía dejar a su pareja definitivamente, y poco después desistía con sentimientos de culpa, lástima, o remordimiento, si bien, nunca mencionó abiertamente un deseo definitivo de regresar con él. En la última sesión, afirmó contundentemente que no regresaría con él por ningún motivo. Lo cual era factible considerando que ya tenía más de seis meses viviendo fuera de la casa:

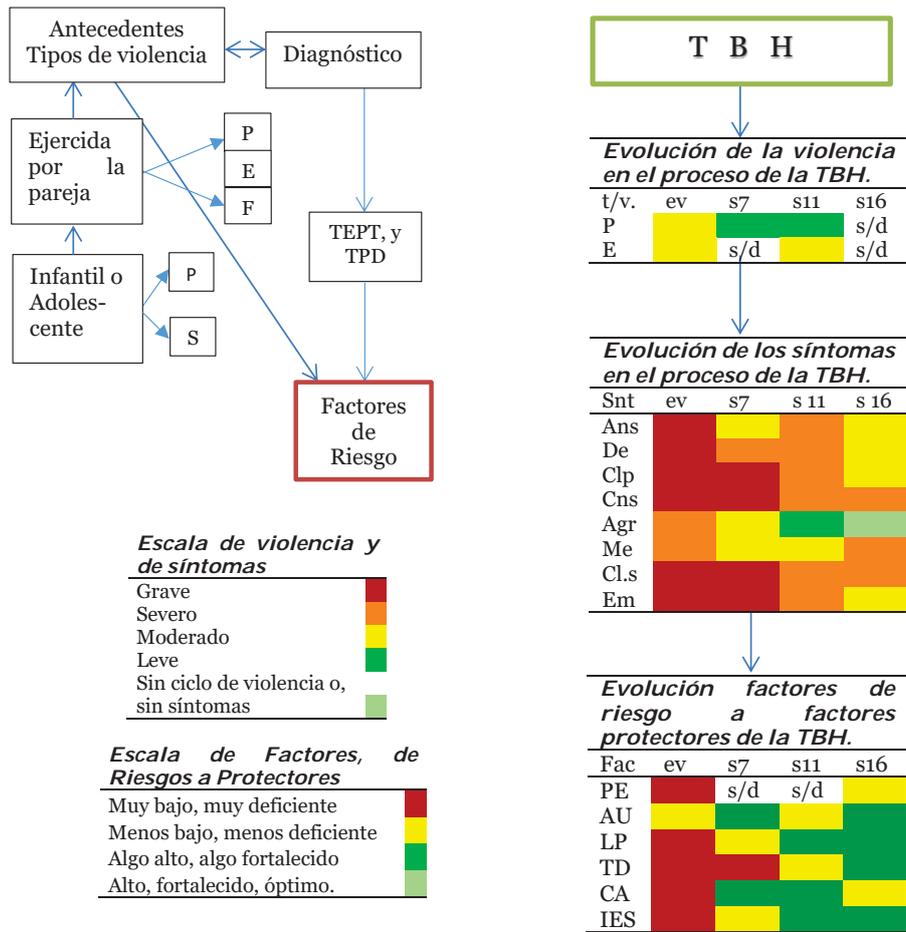
*Pienso que soy lenta, le decía a C. [Terapeuta anterior] "mira cuántos años tardé en decidirme". Tardo... pero cuando me decido, me decido y nadie me detiene. Me decía la orientadora de la escuela "¿y no piensa volver usted con su esposo?" "no creo" -le dije-, entonces por eso le digo, tardé muchos años en decidirme... Ya que lo hice, deseo mantenerme. Ni lo voy a hacer [regresar con la pareja] por compromiso, ni por el niño que era lo que detenía antes, y eso es lo que estoy aprendiendo que estoy bien al decidir esto. [Caso 8, P: 23:231, s 16].*

Pese a este testimonio, se cree que sí regresó con él, considerando que eran muchas las decisiones que tomar. Por otro lado, su dependencia emocional y su estado de ánimo, fomentaron su abandono al tratamiento. A esto se le suma el hecho de que su hijo menor había concluido su propio tratamiento en el CUAPI. Como este hecho la había llevado a buscar ayuda, posiblemente constituyó un factor determinante del abandono.

Por lo tanto, no fue posible hacer un cierre, y evaluación a un mes de concluido el tratamiento, al haber fallado los intentos de localizarla, vía

telefónica. En la figura 7.8 se muestra la evolución del C-8 durante el tiempo que permaneció en tratamiento.

**Figura 7.8 Evolución del Caso 8 a través de la TBH**



Nota. t/v= Tipos de violencia: P= psicológica; E= económica; S= sexual; F= física. s/d= sin dato en esa sesión.

Snt= Síntomas:

Ans= Ansiedad; De= Depresión; Clp= Culpa; Cns= Cansancio; Agr= Agresión contra su hijo/a/os/as; Me= Memoria; Cl. s= Calidad del sueño; Em= Emociones negativas.

Fac=Factores/metás: PE= Psicoeducación; AU= Autoestima; LP= Límites personales;

TD= Toma de decisiones; CA= Comunicación asertiva; IES= Identificación de emociones y Sensaciones.

ev= Evaluación inicial.; s= Sesión; c/p= Cierre del proceso terapéutico y post evaluación.

### ***Seguimiento caso 8.***

Pese a que no hubo cierre y post evaluación, se intentó contactar a la participante. El servicio telefónico informó la inexistencia de los números telefónicos que se tenían registrados en el expediente. De esta forma, es que no fue posible tampoco hacer seguimiento.

### ***Análisis caso 8.***

Este caso presentó algunos elementos para pensar en un buen pronóstico. Por ejemplo: el deseo de salir adelante, rescatar a sus hijos de una paternidad sobreprotectora, alejarse de la pareja, aceptar que no era lo que ella quería para sí misma y para sus hijos, y reconocer su capacidad, para hacer cosas para su bienestar, y el de su familia. A todo ello, se le puede agregar los factores protectores que iba adquiriendo o fortaleciendo. También el aumento de la autoestima en un grado, la adquisición de conocimientos sobre violencia, el ejercicio de mayor autocontrol (que dejó de pegarle a su hijo pequeño) y en este mismo sentido, la mejora de la comunicación asertiva, aun cuando no llegara a ser la óptima.

No obstante, se infiere que prefirió, como muchas otras mujeres maltratadas por la pareja, regresar con él, porque es lo que conocen, y les da una identidad, mientras que lo nuevo provoca miedo, y resulta amenazante a lo que hay que ligar la dependencia emocional o apego paradójico (Saltijeral, Ramos, y Caballero, 1998) generado por los períodos de arrepentimiento, promesas y demostraciones de cariño, experimentados en el ciclo de la violencia, por un período prolongado, que la mantuvieron con la esperanza de cambios en él (Echeburúa, Amor, et al., 2002).

Innegable también es el hecho de estar dependiendo de su hija, como “arrimada” (así como la llamó alguna vez su madre), cuando el único y muy limitado ingreso era el de la hija, lo que complicaba su permanencia ahí.

Pero igualmente, como se ha indicado, es relevante el hecho de que el hijo menor fue dado de alta en el CUAPI, por lo que había asistido a solicitar ayuda en primera instancia. Así, el dejar de maltratarlo fue suficiente para ella pues ya era un logro en sí mismo.

Otro factor de suma importancia, fue el cambio de terapeuta. Se planeó una sesión de transición, pero, la participante, no asistió, y ya no tuvo oportunidad de despedirse de ella. Parece haberle afectado más de lo esperado. Se infiere que había aprendido a confiar en alguien, y el tener que confiar en alguien más, y de alguna manera iniciar de nuevo, constituía un reto más fuerte de lo que podía soportar. De lo que se deduce una recaída en su estado de ánimo, de depresión, que ya no le permitieron continuar y avanzar en su evolución. De igual forma, se deriva que ella no quiso hacer cambios más profundos y definidos.

**Caso 9.**

Mujer de 50 años de edad, originaria de Xalapa, Veracruz, México, radicada en Tijuana. desde niña. La participante, llega al CUAPI, por sí misma para recibir atención psicológica “formal”, porque acostumbraba asistir con la psicóloga de orientación psicopedagógica de la Facultad de Humanidades, donde: *“platicaba y me desahogaba”* (sic.). Deseaba profundizar en la intervención tras asistir a la Feria de la Salud de la Mujer, donde se promovió el estudio, en el campus Tijuana de la UABC.

Características sociodemográficas: estado civil: casada. Madre de tres hijas, de 25, 27 y 29 años de edad, respectivamente; únicamente la menor vivía con la pareja, las otras dos, vivían aparte. El nivel socio económico era medio (C), la fuente de ingresos era proveniente de la pareja, de \$15.000,00 pesos mensuales que equivalen a 880,00€, aproximadamente, y vivían en casa propia. Menciona no profesar ninguna religión, sin embargo, en el transcurso del tratamiento demuestra tener creencias religiosas, relatando su participación en retiros religiosos para familias y parejas; su ocupación es de ama de casa; escolaridad: estudiante de licenciatura en Filosofía, en la Facultad de Humanidades de la UABC.

***Motivo de consulta.***

Le preocupaban varias cosas. Las salidas de su esposo a un rancho en Tecate, Baja California, donde acude sin ella, y se reúne con amigos *“mujerriegos”* (sic.) y él, *“es muy galán”* (sic.), por lo que ella, se sentía *“menos, y desatendida como mujer”* (sic.). A razón de esto, deseaba revalorarse, amarse como persona y como mujer, y menciona: *“Hoy creo que lo amo porque dependo emocionalmente de él, aunque quisiera que cambiara en algunos aspectos. Lo que me queda claro, es que necesito*

*amarme a mí misma, para ser feliz*" (sic.) [C-9, P: 20:13, historia de vida] y, *"dejar de sentir que dependo de él"* (sic.) [Entrevista, expediente]. Asimismo, deseaba manejar su miedo para realizar un intercambio estudiantil.

### ***Evaluación inicial.***

Cuando llegó al CUAPI, esta mujer aparentaba una edad aproximadamente 5 años menor a la cronológica; se presenta desde el primer día con vestimenta formal, sin maquillaje y accesorios sencillos; su actividad motora, habla y comportamiento general son normales. Presentaba pensamientos suicidas (sin aparente intención) y racionalización constante. Estado de ánimo: semblante triste, muy deprimido, muy inseguro y algo ansioso. Asimismo, presentaba llanto constante, tanto en sesión como en otros espacios, y mucho miedo. Su calidad de sueño era buena, aunque ocasionalmente tardaba en dormirse preocupada por su esposo o su hija. Mostraba buena memoria, así como emociones negativas: mucha ira, mucha frustración y tristeza, culpa y mucho miedo de decir o hacer las cosas que deseaba decir o hacer.

Violencia en la infancia de tipo psicológico: testigo de la violencia física y psicológica del padre contra la madre. Indiferencia emocional del padre, y a la vez, tener sus exigencias por sacar buenas notas en el colegio.

No había consciencia de la relación de violencia; reconoció parcialmente sufrir de violencia psicológica a partir de escuchar los tipos de violencia, sus características, y la dinámica del ciclo de violencia.

Su estado anímico depresivo predominó, cumpliendo con los criterios del F 34.1 Trastorno Distímico (TD) [300.4], de inicio tardío, de acuerdo al DSM-IV TR; además del F60.7 TPD [301.6]. A lo que se suman un excesivo sometimiento a las reglas sociales demeritando su propia individualidad y sus límites personales, y mucha inseguridad.

Pese a su inseguridad, en el 2008 inició estudios de licenciatura, después de haber criado a sus tres hijas. Lo cual habla de una determinación por superarse, querer hacer algo por ella y hacer cambios en su relación de pareja, probablemente, porque se estaba aproximando a la etapa del ciclo de la familia, del nido vacío.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Familia de origen conformada por madre, padre, tres hijas y un hijo. Ella es la tercera de las tres hijas. El padre era periodista y pasaba largas temporadas fuera del hogar. La madre, estaba dedicada al hogar, hasta que murió su esposo a los 45 años de edad, de cirrosis, ya que era alcohólico. La madre, entonces, tuvo que emplearse cosiendo ropa ajena, con lo que sostuvo el hogar. El padre era originario de Puebla, México, y la madre de Xalapa, Veracruz, México. Migraron a Tijuana en busca de mejores condiciones de vida.

La participante describe a su padre como un hombre *"mujeriego, borracho y enojado"* (sic.). En la relación con su madre es ambivalente. Narra en su historia de vida, buenos recuerdos de la infancia:

*Mis primeros recuerdos son cuando tenía alrededor de 5 años. Al despertar me asomaba a la ventana con alegría, y veía que ya estaba claro, pensaba en salir a jugar, iba a agarrar abejas con mis hermanas y nuestros amiguitos. Iba al kínder con mi hermano menor, quedaba a unas cuerdas de casa, estaba bien, porque nos ponían a pintar... [C-9, P: 20:03, historia de vida].*

Más adelante, refiere la exigencia de su padre, y la vivencia que tuvo cuando su padre golpeo a su madre:

*Cada año, en vacaciones de verano, íbamos al sur de la república mexicana en carro. Mi papá, en el camino, nos iba haciendo preguntas de historia y si no contestábamos bien, nos decía burros y nos veía muy feo. Siempre nos estaba regañando por todo. (sic.)*

*Un día, en casa de mi abuela paterna, mi papá le pegó a mi mamá, y los cuatro lloramos mucho, mis dos hermanas mayores y yo estábamos en una camita y mi hermanito solo en otra. Fue muy doloroso, y con el paso del tiempo comprendí que era hija de una pareja que no se amaba (sic.). [C-9, P: 20:05, historia de vida].*

No se percibe como una niña maltratada. No obstante, haber sido testigo de violencia, de su padre contra su madre, se le ha considerado como una forma de maltrato infantil, en estudios de las últimas décadas, debido a los efectos traumatizantes de esta experimentación (Patrón-Hernández y Limiñana, 2005), además de haberse observado en estos menores, índices más altos de ansiedad, depresión y síntomas traumáticos (Corbalán y Patrón-Hernández, 2003).

En la relación con su esposo, enfatiza la dependencia que tiene de él, y se culpabiliza de pensar mal de él, o percibir las cosas que están mal; dependencia y culpa, ambas características de estas mujeres (Sarasua, et al., 2008):

*Nomás ya en la semana, él es muy así; ya ves que hay temporadas en las que él fluctúa y yo fluctué con él, pues como dependo de él ¿no?, entonces a veces no me quiere ni abrazar ni nada, y yo me le acerco y no se mueve. (sic.) [C-9, P: 6:39, s 3].*

Lo cual indica cierta conciencia de que su actuación también influye, y no solo el actuar de él, determina el tipo de interacción que sostienen.

Durante la entrevista rompe en llanto, y cuando la terapeuta le pregunta qué le hace llorar, responde:

*...de todavía no estar bien, pues..., conmigo misma... y de todos modos siempre estoy pensando en..., siempre estoy pensando en hacerlo con él, y eso me cae mal, pues... que siempre sea lo mismo. Por eso te digo, que me cuesta trabajo, incluso, a veces, el siempre estar contenta... es como si me forzara a estarlo, porque lo conocido es estar triste... entonces, puedo sonreír, pero interiormente yo sé que no lo estoy haciendo de corazón....*  
(sic.) [C-9, P: 13:46, s 5].

Pero, lo que más le preocupa es que su esposo tiene un tiempo frecuentando, el rancho con amigos, beben y se la pasan con mujeres. Duda si el tratamiento le será de utilidad para lograr sus metas, especialmente, para sentirse mejor consigo misma.

### ***Factores de riesgo.***

El tipo de violencia era de tipo psicológico. El esposo, frecuentemente disfrutaba, de visitar un rancho, estar bebiendo bebidas alcohólicas con amigos y mujeres, lo que a ella le molestaba mucho. Él se burla de ella, le decía tonta, la humillaba y la manipulaba, haciéndola creer que ella era culpable de cualquier cosa que no resultara, como él lo esperaba: *"Me manipula, me hace creer que yo tengo la culpa de cualquier cosa que pasa"* (sic.). [C-9, expediente, s 1].

En la etapa de explosión de la violencia, eran con amedrentamiento: *"Cuando él se enoja, avienta cosas"* (sic.) [C-9,

expediente, s 1], por lo que el nivel de gravedad, era severo. Violencia sexual en un nivel leve.

Debido a la fuerte dependencia emocional, la participante tenía la tendencia a minimizar el abuso, creyendo que no era tan grave lo que le pasaba, y terminaba culpabilizándose por pensar mal, acerca del comportamiento de él. Tal dependencia, también, la ponía en riesgo de seguir viviendo la vida de él, y sus emociones, en lugar de reconocer las propias, por someterse a todos los caprichos de la pareja:

*...como que no me conozco, y me odio ¿me entiendes?, o sea. No me conozco y como que me he alejado mucho de mí misma. [...] No estoy al tanto de mis emociones ni nada. Este... mi vida, siempre estuvo alrededor de él. [C-9, P: 6:106, s 3].*

Cuando iba al rancho, ella se molestaba mucho, le reclamaba, y él dejaba de ir, hasta por un mes. Ella respondía con alegría, muy contenta y cariñosa con él, de tal forma, que entraban en la fase de reconciliación del ciclo de la violencia.

Así, la pareja actuaba como si no pasara nada, seguía su rutina, sin ningún intento de reconocer sus fallos, y agresiones contra ella. En donde él, muestra tres comportamientos típicos de los hombres maltratadores de la pareja (mujer), como son: negar, minimizar y culpabilizar; aspectos que se busca, a través de los programas dirigidos a hombres maltratadores, se reduzcan o incluso sean eliminados, por ser considerados indicadores de mejoría (Scott y Straus, 2007), al igual que, asuman la responsabilidad de sus actos (Expósito y Ruiz, 2010).

En relación a las metas propuestas en la TBH, había completo desconocimiento respecto a la violencia ejercida por la pareja; muy baja autoestima; límites difusos y rígidos; comunicación difusa con su pareja; y dificultad para la toma de decisiones, y la identificación de emociones y

sensaciones. Estaba condicionada a complacer a la pareja, hijas y demás personas a su alrededor, mediante el acatamiento rígido de las normas sociales; aparentando siempre alegría y un buen estado de ánimo.

*Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

La participante afrontó la situación, por un período muy largo (30 años), sometiéndose a las órdenes y deseos de la pareja: *Y muchas cosas me hacían daño, y yo ahí estaba Yo... Para que funcionara... creía que, si me usaba como tapete, iba estar bien. Y no, no fue así.* [C-9, P: 6:106, s 3].

Asimismo, asumía las faenas domésticas, sin que su trabajo fuera apreciado, con lo que siente todo su esfuerzo sin valor alguno.

Entre los recursos personales de la participante, estaba el buscar ayuda, recurriendo al apoyo del psicopedagógico de su facultad y/o, platicaba con las hijas, o con amigas. Sus redes de apoyo, por lo tanto, eran de tipo institucional, familiar y social, si bien eran muy reducidas.

*Fase de tratamiento.*

Las metas personales que ella se propuso, giraban alrededor de tomar la decisión acerca del intercambio estudiantil, vencer los temores que esto le ocasionaba, además de alejarse de su esposo. Igualmente, establecer límites personales, mejorar su autoestima, en términos de conocerse a sí misma, atender sus propias necesidades, y dejar de ser "tan" (sic.) emocionalmente dependiente de su esposo.

Asistió a 16 sesiones, no concluyó el tratamiento porque decidió participar en el intercambio estudiantil durante un año.

La violencia que presentaba era de tipo psicológico que, en el transcurso de la terapia, pasó de severa a leve, y en el seguimiento, a vivir sin violencia.

En la sesión 6, manifestó no querer hablar tanto de su esposo, deseaba dedicar el espacio para ella misma, sin embargo, es algo que no pudo sostener debido a la dependencia emocional, continuó siendo el tema central, su relación de pareja y los sentimientos de culpa que le generaba el haber soportado por tantos años esta interacción violenta.

En el transcurso del tratamiento, los síntomas se redujeron bastante al grado de tomar la decisión de irse de intercambio estudiantil, aun cuando nadie de la familia la acompañaría como ella deseaba; logró vencer sus temores y salió por un año. Estudio en dos universidades y países distintos; un período escolar en la Universidad de Salamanca, España, y otro período, en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Algunas decisiones importantes tomadas, en las primeras sesiones del tratamiento, movilizaron el sistema conyugal, que les trajeron beneficios. Primero, le pidió la separación emocional a su esposo, con lo que quedarían como “amigos”, pero esto rompió el esquema, que, para él, era normal: tener derechos de vida de soltero, además de gozar de los derechos conyugales tradicionales. Más adelante, durante el tratamiento, ya con la premisa anterior, invitó a su pareja, a un retiro (religioso) para parejas. Él aceptó y participó activamente del mismo, lo que la sorprendió agradablemente, aunque no tenía conciencia de que sus acciones, eran las que estaban teniendo efectos también en él.

El resultado de este encuentro, en conjunto con las metas de la TBH, de autoestima y comunicación, le brindaron seguridad, para comunicarse de manera más clara y concisa, con su pareja. Lo que movilizó aspectos que no le gustaban, como eran la negación de él, y la minimización de lo que sucedía cuando él se iba al Rancho en Tecate con otras mujeres, o cuando la descalificaba y la hacía sentir menos. Si bien, él no admitió abiertamente

el descuido y violencia contra ella, comenzó a hacer algunos cambios, como dejar de ir al lugar en cuestión, o en todo caso, invitarla para acompañarlo, y comenzó poco a poco, a ser más accesible a la comunicación con ella. En la Tabla 25, se puede observar la secuencia que tuvo el tratamiento de esta mujer del C-9.

Tabla 25

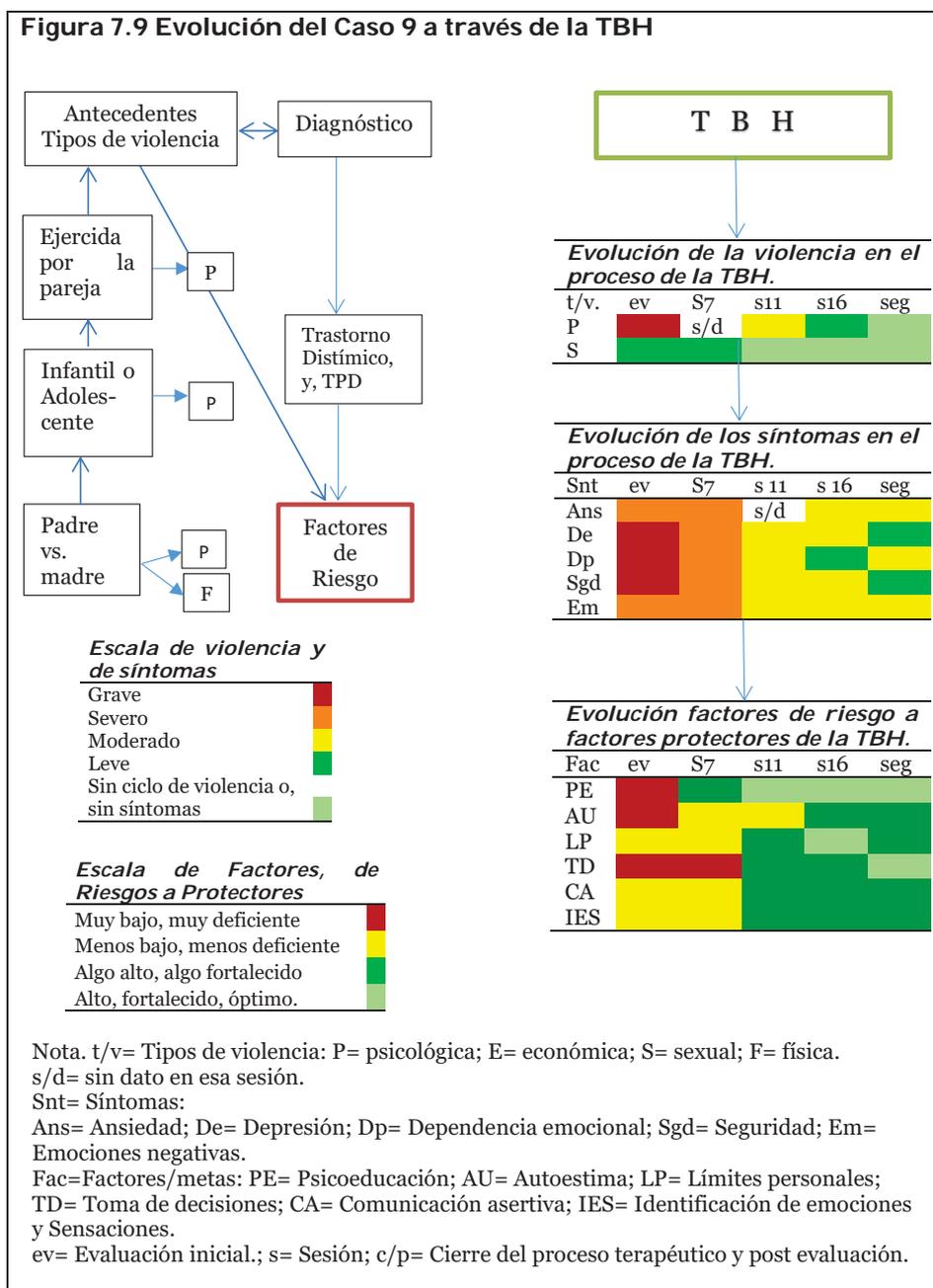
*Secuencia del Tratamiento del Caso 9*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Historia del problema. Psicoeducación. Inv. TBH. RP.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista. Psicoeducación, PT, s 1. PT, s 2.	1,2 y 3
Discusión sobre el libro "Los cuatro acuerdos". RP. IE.	Comunicación asertiva.	Comunicación asertiva, PT, s 15	5
Emociones negativas y positivas. RP. IE. Discusión de un libro: "Las mujeres que aman demasiado". RP.	Identificación de emociones.	Comunicación asertiva, PT, ss 8 y 9.	4 y 6
Hija diagnosticada con trastorno bipolar.	Psicoeducación.	Psicoeducación, PT, ss 1 y 2.	7
RP. Acerca de sus emociones y cómo se siente acerca de si misma, y el IE.	Autoestima.	Autoestima, cuento: El verdadero valor del anillo; y, El Elefante encadenado, PT, ss 4 y 6.	8, 9 y 12
Retiro de parejas. Discusión que tuvo en la semana. RP.	Límites personales.	Límites personales, narración: Historia del águila; y, representación gráfica de límites personales, PT, ss 10 y 12. Analogía (terapeuta): Darse cuenta. Límites personales, Analogía (participante): Una piedra en el camino.	10, 11, 13 y 14
Retomar propias metas terapéuticas. IE.	Metas personales.	Connotación positiva.	15
Asiste a informar de su partida al intercambio académico. RP. IE.	Terminación.	Revaloración de los alcances del proceso terapéutico.	16

Nota. Pt, s(s)= Número(s) de sesión(es) del Plan de tratamiento; Inv. TBH= Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= Descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él. IE. =Intercambio estudiantil.

\* Los libros que leyó en el transcurso del tratamiento fueron por su propia iniciativa, no forman parte del PT.

La figura 7.9 muestra la evolución del C-9 a través de la TBH.



La participante acudió al CUAPI a cerrar el proceso porque había decidido irse de intercambio. Se fue con la convicción de que estarían en su ausencia, ella y su esposo, como amigos, con la libertad que esto conlleva.

En cuanto a las metas, tomó decisiones importantes como la señalada anteriormente.

La autoestima pasó de ser muy baja a una autoestima algo fortalecida; sus límites pasaron de difusos y rígidos, a algo claros y algo flexibles. Identificó algunas de sus emociones, como la ira, tristeza, miedo, y culpa, que las sentía como un vacío en la zona del corazón; dejó de aparentar alegría o buen ánimo, con lo que logró más coherencia entre sentir y expresar, dejando de lado el control extremo de sus emociones, además de sentirse con derecho a expresar emociones positivas, aunque no dejó de llorar continuamente, cada vez fue con menos frecuencia. No dejó tampoco, de racionalizar muchas de las cosas que le sucedían.

### ***Seguimiento caso 9.***

Cuando regresó del intercambio académico, se le localizó para la entrevista de seguimiento, y ella aceptó participar en esta parte del estudio.

En esta entrevista de seguimiento, menciona haberle sido de utilidad el tratamiento. Indicó saber poner límites, sin embargo, no son del todo claros y flexibles como podrían ser, pues aún se le dificultaba mantenerlos con otras personas como con su madre o profesores, por lo que observamos que mantuvo el mismo nivel con el que terminó el tratamiento en esta meta:

*Pues como eso de poner una barrera, pues que no dejo que la gente la traspase o que me hagan daño de todo lo que dicen. Quiero ser sincera de cómo mejoró, pero [risas] o sea, he tenido recaídas o hay cosas que a veces me cuesta trabajo*

*alejarme, o con mi mamá..., ¿no? que también tuve un problema con ella.* [C-9, P: 252:219, seguimiento].

Rompió con el ciclo de violencia, los síntomas disminuyeron suficiente, y obtuvo algunos de los factores protectores de las metas provistas por el tratamiento.

En donde se advirtió un cambio estable, es en la relación de pareja, en cuanto establecer límites muy claros y flexibles, con lo que logra ser más independiente emocionalmente. Mantiene una comunicación clara, más asertiva, y no permite que le afecten las reacciones de él. Tiene consciencia del aumento de su autoestima, de sus recursos personales, y el derecho a equivocarse, además de reconocer sus aciertos como son en la educación de sus hijas:

*Bueno, no soy perfecta, sobre todo para lo de criar a mis hijas, es donde batallé, pero... hay cosas que me salen bien, y soy consciente de ellas. Y antes no, antes bueno..., si se tomaba una decisión de nuestras hijas, se hacía lo que él decía, y a veces pensaba yo que todo lo bueno que tenían ellas, era por él, y ahora sé ¡que no! Que muchas cosas que tienen ellas, es por mí.* [C-9, P: 252:231, seguimiento].

Ella reconoce que no ha podido llevar estos logros a otras áreas de su vida, más allá de la relación con su esposo e hijas.

Sus conocimientos sobre violencia ejercida por la pareja aumentaron lo suficiente para aplicarlos en su relación de pareja. Identifica sus emociones, disminuyeron las negativas y aumentaron un poco las positivas; pasó de sentirse muy triste, muy deprimida, muy enojada, etc., y permanecer con estas emociones con llanto frecuente, a sentirse algo triste, algo enojada, algo deprimida, y con menos llanto, y permanecer menos tiempo con ellas, con la ganancia de identificar algunas emociones positivas como: satisfacción, algo de alegría, sentirse tranquila y relajada,

y permanecer con estas emociones y sensaciones más frecuentemente que antes del tratamiento.

### ***Análisis caso 9.***

Por lo que se puede concluir, la participante logró, en buena medida, las metas del tratamiento. Hubo una reducción en la sintomatología, reforzó sus recursos personales, y especialmente, paró la violencia proveniente de su pareja, convirtiendo su relación de pareja, en una relación más equilibrada y saludable.

En resumen, la mujer del Caso 9, tuvo avances importantes en el logro de las metas, sin llegar a ser el óptimo. En el seguimiento se observó el mantenimiento de los logros.

**Caso 10.**

Mujer de 39 años de edad, originaria de Atlacomulco Estado de México, México, radica en la ciudad de Tijuana, desde hace 24 años. Llegó al CUAPI deprimida, referida por el IMSS. Inicialmente, atendida por una de las terapeutas no entrenadas en la TBH, cuando se detectó la violencia por la pareja (1ª sesión), se canalizó al estudio.

Características sociodemográficas: casada, pero estaba separada desde hacia 4 años porque el esposo comenzó a trabajar ilegalmente en EEUU, y no podía estar cruzando la frontera; madre de dos hijos, 19 y 15 años, respectivamente, y una hija de 17 años de edad. Educación: segundo grado de secundaria; ocupación: hogar, además de trabajar en una maquiladora; religión católica; nivel económico medio (C), sumando los envíos de la pareja, y el ingreso de ella, hacían \$13.600 pesos mensuales (aproximadamente, 776,80 €).

***Motivo de consulta.***

Se encuentra confundida porque no sabe si continuar con su relación de pareja ya que su marido se fue a trabajar al “otro lado”, San Diego, California, EEUU. Lo que ella presentaba como motivo de consulta, no estaba del todo claro: “*Sí, quiero sentirme tranquila, no sé, no tengo claro lo que quiero, pero quiero sentirme bien.*” [C-10, P: 67:456, s 3]. Más adelante, en la entrevista, agrega su deseo de que ambos, repararen el daño que se hicieron:

*Fui una persona que le entregué todo, y quisiera que ya en esta edad madura que tiene él, y que tengo yo, reparar todo ese daño que tanto él me hizo, como le hice yo.* [C- 10, P: 67:500, s 3].

### ***Evaluación inicial.***

La participante se presentó sola al CUAPI, vestía muy arreglada, maquillada, aparentaba 5 años más a su edad cronológica; muy cansada, ella lo califica como “desgastada”. Mencionó que era uno de sus días buenos. Mostraba un estado de ánimo triste, se veía confundida, su lenguaje verbal y no verbal eran congruentes. Memoria nublada, dice que se le olvidan las cosas, y más desde que su esposo se fue a trabajar al otro lado. Tuvo un intento de suicidio tomando pastillas de clonazepam, aproximadamente dos años atrás. Enseguida de tomar las pastillas se acordó de sus hijos, le llamó a su hermano, y él la llevó al hospital, donde le practicaron un lavado de estómago. Desde entonces no había tenido más intentos ni ideación suicida.

Violencia infantil de tipo psicológico: presenció violencia entre sus padres. Su padre violentaba psicológicamente a la madre, y esta respondía con violencia física.

Violencia infantil de tipo sexual: a los 6 años, un primo abusó sexualmente de ella, con tocamientos; a los 11 y a los 13 años, sufrió otros abusos por parte de cuñados; y a los 12, un hermano mayor, la estuvo tocando por dos años.

Se le diagnosticó de acuerdo al DSM IV-TR con el F43.1 TEPT [309.81].

Acudido a psicoterapia 5 meses atrás, durante 2 meses. Abandonó el tratamiento porque se sintió presionada por el terapeuta:

*-en cada cita me decía- ¿qué pasó? ¿Qué decidiste? ¿Ya hiciste la carta de despedida total? Era una presión [...] yo no puedo dejar 21 años de mi vida con él, y de un de repente cortar, y más porque hay algo que nos une, comunicación por nuestros hijos. [C- 10, P: 64:068, s 2].*

A la vez, aclaró sus razones para no terminar con la relación. Menciona que desde que se fue su pareja, su mundo se derrumbó. La atormentaba, no saber qué hacer, si divorciarse o no.

Antes de que él se fuera había muchas humillaciones, pero ella no las notaba, no se dio cuenta de ellas hasta que se fue, porque aumentaron. Él le llamaba por radio, hablaban, y terminaba insultándola y humillándola. También la familia de él, la maltrataba psicológicamente con amenazas telefónicas, incluso de muerte, y fabricando historias de infidelidad, que luego le hacían saber a él.

Mostró plena conciencia de la violencia. Durante los años de matrimonio hubo los cuatro tipos de violencia. Al momento de la entrevista, eran dos: de tipo psicológico en un nivel grave, pues la humillaba, gritaba, insultaba y la amenazaba; y económico en un nivel moderado, pues no quería que ella trabajara, y cuando algo no le parecía bien, le dejaba de enviar dinero por un tiempo.

Durante el proceso terapéutico su esposo la llegaba a visitar ocasionalmente, hubo relaciones sexuales, pero ella se sentía utilizada, y sospechaba que le era infiel.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Su familia de origen está conformada por padre, madre y 8 hijos, 4 hombres y 4 mujeres. Su padre era alcohólico, venía cada semana, amenazaba con matarse, rompía cazuelas y todo lo que encontraba a su paso. Cuando la madre se cansaba de tanto pleito, lo golpeaba.

En su historia de vida, relatada en menos de un folio, que su vida comienza cuando va a la escuela, expresa que sus padres nunca se presentaron, y no sabe cómo salieron adelante:

*Creo que todo fue a la gracia de Dios que salimos adelante respecto a la escuela. Solo llegué a 2do de secundaria, fue cuando llegamos a Tijuana, cuando yo tenía 15 años de edad (sic.). [C- 10, P: 235:4, historia de vida].*

A partir de su llegada a Tijuana, comienza a trabajar, y un año después conoce a su esposo, casándose cuando ella tenía 18 años de edad. Lo describe como lo mejor que pudo haberle pasado:

*Para mí él era una grandísima persona único entre todo el mundo, en él sentí protección, amor, ternura, comprensión y así pasaron 17 años de mi vida con él. (sic.) [C-10, P: 235:4, historia de vida].*

No menciona cómo comenzó la agresión, solo hace referencia a que no lo notó, hasta que él se fue al otro lado.

En la última visita del esposo, estuvo por un mes y medio, argumentando permanecer ahí para convivir con sus hijos, sin embargo, en cuanto ella se iba a trabajar, él también salía de la casa, y regresaba en la noche, cuando los hijos ya estaban dormidos, por lo que ella se preguntaba: “¿Cuál convivencia? Si no estaba con ellos en ningún momento” (sic.).

#### *Otras parejas.*

Tuvo una relación de noviazgo a los 14 años, y lo cataloga como un “noviazgo muy limpio”. Y, hace un tiempo, no especifica cuánto, tuvo otra relación con un hombre, pero, no quiso tener relaciones sexuales con él, y prefirió terminar esa relación.

### ***Factores de riesgo.***

Depende emocionalmente de la pareja, se encuentra muy deprimida, pero funcional. Estuvo tomando antidepresivos, porque le ayudaban a dormir, pero los había dejado un mes antes argumentando: *“quiero salir adelante por mí misma”* (sic).

Contaba con algunas nociones de la violencia en la pareja; su autoestima está muy dañada; sus límites estaban muy difusos; no se atrevía a tomar una decisión respecto a su relación de pareja; identificaba emociones y sensaciones negativas, ira, rencor, culpa, y mucho miedo al rechazo, a que fuera él quien rompiera la relación, miedo a tener que rehacer su vida; su comunicación no era asertiva.

### ***Modos de afrontamiento y red de apoyo.***

El riesgo de otro evento de violencia era bajo, mientras él se mantuviera viviendo en el “otro lado”, y ella siguiera apagando el radio cuando él comienza a insultarla. Estaba muy marcado el ciclo de violencia, comenzando con tensión al tocar temas de la relación, llegaba la violencia con insultos y agravios, y luego la luna de miel, donde él le hablaba “bonito” y le decía que le había comprado algo especial.

La red de apoyo familiar estaba limitada a los padres y el hermano menor, y al hijo mayor y la hija.

La participante estaba tramitando pasaporte y visa para poder visitarlo, y a partir de eso, tomar una decisión respecto a la relación.

### ***Consecuencias en su salud.***

Depresión, dolores de cabeza, e insomnio. También, tenía secreciones en una mama.

**Fase de tratamiento.**

La participante (C- 10) no completó la TBH, acudiendo a un total de 13 sesiones representadas en la Tabla 26.

Tabla 26

*Secuencia del Tratamiento del Caso 10*

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesión
Inv. TBH. Entrevista. Relación con sus hijos. RP.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista. Psicoeducación, PT, ss 1, 2 y 3. Connotación positiva.	1, 2 y 3
Acudió al IMSS para estudios por secreción en una mama. Ha estado limpiando su casa, desechando cosas que tenía guardadas como recuerdos. Expresión de sus temores.	Concluir la entrevista inicial. Psicoeducación.	Connotación positiva. Confirmación del ciclo de la violencia. Psicoeducación, PT, s 2.	4
Se repitió el ciclo de la violencia. Toma algunas decisiones con dificultad. Tuvo un problema también en el trabajo. RP. Expresión de emociones negativas por todo el maltrato de su esposo, y de la familia de este.	Psicoeducación. Autoestima. Toma de decisiones.	Repaso psicoeducación, PT, s 2. Autoestima, cuento: El verdadero valor del anillo, PT, s 6. Hipnosis: Símbolos.	5
Expectativas por visa estadounidense. Plan de seguridad en caso de encontrarse con su esposo, por sus posibles reacciones. Historia de vida.	Toma de decisiones. Historia de vida.	Connotación positiva. Acompañamiento. Toma de decisiones, PT, s 13.	6
Tres semanas, período vacacional, recibe la visa estadounidense. Reencuentro con su esposo, reclamos mutuos. Descubre que la pareja tiene otra mujer, y estaba en negocios ilícitos. Lo visitó varias veces, hubo encuentros sexuales.	Psicoeducación. Comunicación asertiva.	Connotación positiva. Psicoeducación, PT, s 2. Analogía (participante): El remolino. Comunicación asertiva, PT, s 15.	7 y 8
Emociones de dolor, depresión, decepción.	Toma de decisiones.	Toma de decisiones, PT, s 13. Metáfora: Amplitud de las puertas.	9

Continuación Tabla 26

Sobre medicamento psiquiátrico. Faltas a terapia. Emociones de dolor, frustración, decepción, depresión. Malestar físico. Problemas de comportamiento de su hijo menor.	Identificación de emociones y sensaciones. Toma de decisiones.	de y de	Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 7. Toma de decisiones, PT, s 13.	10
Dejó el trabajo y eso la puso triste. Cambió de apariencia. Decisión de dejar al esposo, solo compartir la responsabilidad de los hijos. Estuvo trabajando el duelo por la separación.	Identificación de emociones y sensaciones.	de y	Connotación positiva. Identificación de emociones y sensaciones, PT, s 8. Metáfora (terapeuta): Cajita de experiencias.	11
Convivencia con sus hijos ahora que no está trabajando. Limpieza de su casa.	Límites personales.		Límites personales, PT, ss 10 y 11.	12
Le diagnosticaron un tumor maligno en una de sus mamas, y quistes en el otro.	Límites personales.		Límites personales, cuento: La ciudad de los pozos, PT, s 11.	13

Nota. Pt, s(s)= Plan de tratamiento, sesión(es); Inv. TBH= Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= Descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.

Desde la sesión 3, se comenzó a observar sus intentos por marcar sus límites personales hacia su esposo, de manera rígida, con la intención de no permitirle más abusos, respondiéndole de la misma forma hostil que él empleaba con ella.

En la sesión 4, menciona el tipo de limpieza que realizó en su casa, particularmente en su habitación, que indica la disposición para hacer cambios, y una determinación por tomar decisiones sobre su vida:

*Fíjate que sí, ayer que empecé yo a hacer limpieza, pues..., saqué ropa de mis niños que decía mi hija "no los tires". Vestiditos de cuando estaba chiquita, ropa de él, cuando todavía estaba aquí con nosotros. Y ya, son muchas cosas, que ya se me habían perdido, como mi lazo cuando nos casamos. Yo como que ya no quería tener nada de eso. Ciertas cosas, sí las*

*guardé, muchas cosas ya las deseché dije "no ya no quiero tenerlas". [C-10, P: 67:028, s 4].*

Se le escucha generalmente con un tono hostil, y esta sesión (4) fue más marcada su hostilidad. Tuvo un encuentro telefónico con su esposo, en donde se repitió el ciclo de la violencia. En ese momento, tomó la decisión de renunciar a entrar en ese juego, dejando de tolerar sus maltratos. Ella lo que desea desesperadamente es amor, como muchas otras mujeres en estas circunstancias, y es lo que las mantiene unidas a ellos. En este sentido, igual que muchos otros hombres, él no correspondió a esta necesidad.

En función de esto, la participante comenzó a dejar el teléfono y la radio, en casa para evitar sus llamadas. Aunque duda de poderse sostener en ello, toma otras medidas, como no aceptar sus regalos, y quitarse el anillo matrimonial:

*... [un compañero en trabajo le había dicho] "...cada quien está donde quiere estar". Y cuando tomé esa decisión me acordé de él, -dije- "bueno, si así a mí me gustaba estar... abajo, pues abajo iba a estar", pero ya no quiero estar abajo, ahora quiero sentirme bien. Y, me quité mi anillo de matrimonio, que dije que jamás me lo iba a quitar. [C- 10, P: 68:64, s 5].*

De alguna manera, es como si quisiera rehabilitarse de una adicción, en como lo expresa en el siguiente testimonio:

*Ya pasé ese tramito de unos 15 minutos de decirme yo sola no le vas a hablar y en la noche pues igual, estaba yo tan acostumbrada de llegar y... "amor ya estoy aquí en la casa no te preocupes, buenas noches". Era como una rutina. No pues ahorita, ya llego, veo mis noticias a veces, me tomo mi café, y a dormirme. Ya no siento esa misma necesidad. [C- 10, P: 68:080, s 5].*

Asimismo, se interpreta que si él, le diera señales de amor con más frecuencia, ella podría seguir tolerando sus maltratos. De hecho, si él no hubiera cambiado de residencia, probablemente, seguirían en la misma interacción violenta, sin que ella la percibiera como tal. En el siguiente testimonio, muestra cómo deseaba darle más oportunidades:

*Yo le digo que necesitamos platicar mucho, tanto él como yo platicar mucho, yo seguiré en mi decisión que no pienso retroceder más, pero, así como me estoy dando la oportunidad de atenderme, quiero darle a él, también, la oportunidad de atenderse y que él recapacite. Que él vea sus errores, y que él vea que está mal, y que a lo mejor podamos si se termina o no se termina, pero, que quede una relación a lo mejor de amistad, pero bien, sin rencores, sin resentimientos. [C-10, P: 69:269, S 6].*

Hubo un período vacacional por tres semanas en el CUAPI. En ese tiempo, la participante recibió su visa estadounidense, visitó en varias ocasiones a su esposo en San Diego. Estando allá, descubre la infidelidad del esposo, además de estar involucrado en negocios ilícitos. No obstante, pudieron darse el tiempo de hablar, y profundizar en las cosas que les afectaban a ambos. Ante las explicaciones de él, ella accede a darle otra oportunidad.

Esta consideración de darle otra oportunidad, llevaba implícitamente una intención de demarcar sus límites personales, de no tolerar más el maltrato. Por lo que ella estaría esperando cambios verdaderos en él, para establecer una relación más equitativa y sana:

*¡Aja!!! y ya como si se empieza una nueva relación, pero ya tomando una terapia... le dije, que ya no va a seguir con la misma, va a seguir con la otra, con otros pensamientos. Ya no soy la misma que se dejaba humillar,*

***¡la misma que le bajaba la autoestima cuando él quería, ya no!***

[C-10, P: 70:282, S 7].

Después de todo ese reencuentro, comunicó a sus hijos de lo que estaba pasando entre sus padres (s 8). Asimismo, a la semana siguiente, recogió todas las fotografías familiares del departamento de su esposo, con el fin de no ser identificados en caso de que él, fuera capturado por la policía.

Después de esa experiencia, la participante faltó al tratamiento por tres semanas. A su regreso (s 9) lucía bastante cansada, deprimida, había estado enferma. Debido a su decaimiento, el médico familiar le recetó Paxil (25 mg). Se siente muy decepcionada al darse cuenta que su esposo no demuestra interés por hacer cambios. Se ha sentido muy mal físicamente, y además el hijo menor había tenido problemas de comportamiento en la escuela. Por lo que la participante dejó el trabajo.

Hizo transformaciones en su apariencia, como cambiar el tono de cabello, y aclara que antes se lo pintaba de rubio porque era como le gustaba a él. También, compró ropa a su gusto. Lo que demuestra una búsqueda de sí misma, y de autonomía. Sin embargo, esperaba que a él le gustara su nueva apariencia, y no fue así, por el contrario, la humilló. Lo que la vuelve a hundir en la depresión.

Había logrado que su comunicación fuera más clara y asertiva, tanto con sus hijos, como con su pareja. Aprendió a poner límites personales, algo flexibles. Y está tratando de manejar el duelo por la separación de su pareja (s 11), rescatando los aspectos positivos:

*Sí, yo creo que, en este tiempo, en este matrimonio..., no todo fue malo, también hubo cosas muy buenas. Pero las buenas no lastiman, las malas sí. Y, no sé..., tengo como que aprender a vivir con ellas, y guardarlas, no sé si cerrar ese baúl..., y no volverlo a abrir nunca. [C-10, P: 74:385, s 11].*

En esos momentos la participante iba avanzando bastante bien en su tratamiento con la TBH, manejando los aspectos que conlleva la separación definitiva de su pareja, la renovación de la relación con sus hijos. Pero, sobre todo, la renovación de la relación con ella misma, su autoestima, su autonomía, etc., decía “*yo voy a ser yo*” (sic.) (s 12), cuando recibe el diagnóstico (s 13) sobre la mama en la que había estado teniendo secreciones.

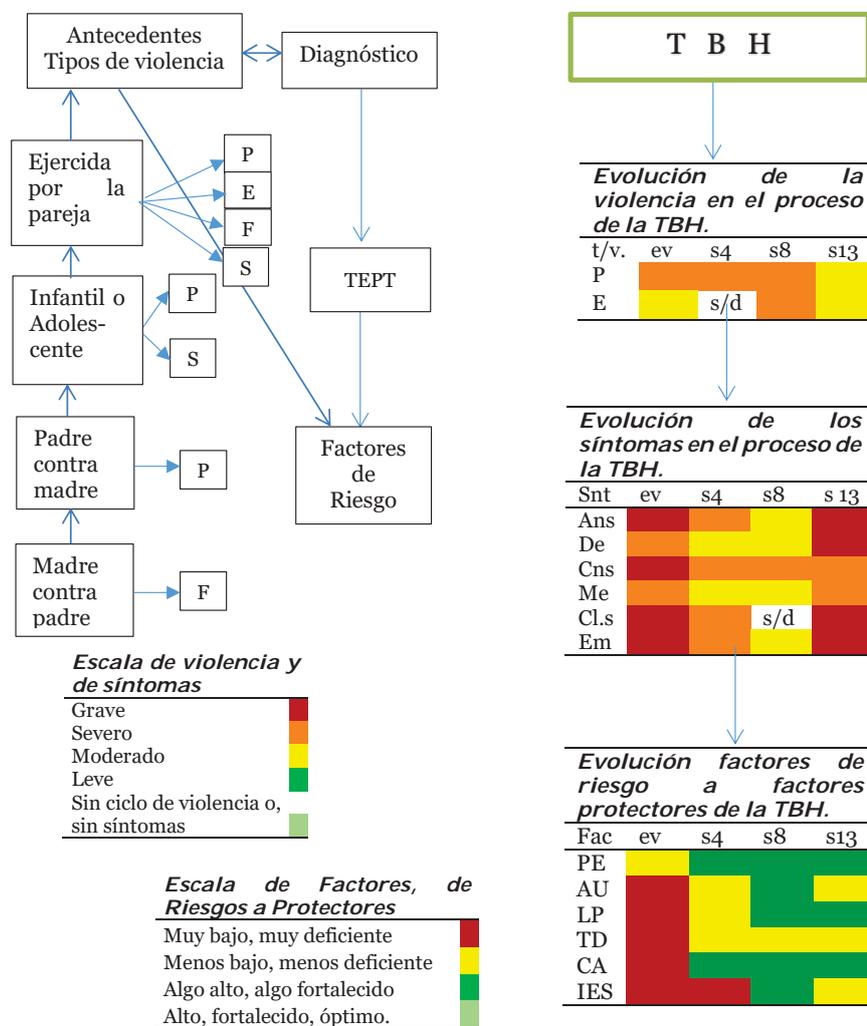
Fue diagnosticada con un tumor maligno sin raíces. El tratamiento consistiría en la extirpación de ambas mamas, por lo que comprensiblemente, entró en crisis; se sentía desesperada, sin control, deprimida, no quería saber nada, solo dormir y llorar, se siente sola sin el apoyo de nadie. Sin embargo, tenía el apoyo de algunos familiares, y del cirujano. Este último, reduciendo sus honorarios, a un costo mínimo.

La respuesta de sus hijos era dispersa. Como adolescentes, no se daban cuenta de la magnitud del problema de salud de su madre. Lo cual era fácil, ya que ella misma se encargaba de confundirlos al responderles que estaba bien, cuando en realidad, se sentía muy mal. Además, su disimulo impedía que mostraran su apoyo o consuelo al creer que no hacía falta.

Consideraba que está bien poner límites hacia el exterior, pero que no había sanado todo el daño que le hizo su pareja, aparentemente creía que ya lo había perdonado, pero no era así, quedaban heridas que ahí estaban, que no habían sanado.

La Figura 7.10 se muestra el progreso que tuvo este caso hasta el momento en que abandonó el tratamiento.

Figura 7.10 Evolución del Caso 10 a través de la TBH



Nota. t/v= Tipos de violencia: P= psicológica; E= económica; S= sexual; F= física.  
s/d= sin dato en esa sesión.

Snt= Síntomas:

Ans= Ansiedad; De= Depresión; Cns= Cansancio; Me= Memoria; Cl. s= Calidad del sueño; Em= Emociones negativas.

Fac=Factores/metás: PE= Psicoeducación; AU= Autoestima; LP= Límites personales; TD= Toma de decisiones; CA= Comunicación asertiva; IES= Identificación de emociones y Sensaciones.

ev= Evaluación inicial.; s= Sesión; c/p= Cierre del proceso terapéutico y post evaluación.

No se pudo hacer un cierre, ni tampoco, postevaluación y seguimiento, porque desde que recibió el diagnóstico, ya no regresó. Se la llamó y dejó recados, pero no los respondió. Si bien, se observaron algunos avances en su evolución.

Aprendió los aspectos centrales de la violencia en la pareja; su autoestima se elevó, al tomar más en cuenta sus propios gustos, sus determinaciones, y, sobre todo, al darse cuenta que era capaz de valerse por sí misma. Los límites comenzaron a demarcarse, por lo menos hacia la relación de pareja, en donde fueron más claros, se sabía merecedora de respeto, y así se lo hizo saber a él; la toma de decisiones y comunicación alcanzó a ser más asertiva, aunque todavía reservaba dudas. En lo que hubo muy poco avance, y más bien, se observaron retrocesos, fue en sus emociones.

Eran muchas cosas que manejar, sus emociones negativas de la historia de vida, de la relación de pareja, que significaban pérdidas muy significativas. Además de la pérdida del trabajo y ahora de la salud, y con ello, la pérdida de sus mamas. El tratamiento de la TBH le ayudaba a sostenerse, junto al consumo de antidepresivos, pero no fueron suficientes para salir de tanta depresión. Deseaba el apoyo emocional de su pareja, pero él le ofreció únicamente apoyo económico.

Probablemente se sometió a cirugía, su pronóstico era bueno, no obstante, por todas las citas que implican el tratamiento oncológico en estos casos, ya no se presentó. Para el seguimiento del 2011, no se le pudo localizar en el teléfono de casa que había proporcionado, dijeron que no vivía en ese domicilio, y su móvil no estaba disponible. Así que lamentablemente, no se supo más de esta mujer.

### **Análisis caso 10**

El caso 10, se trataba de una mujer con TEPT. Su esposo cambió de residencia cuatro años atrás, su comunicación con él era ocasional, y desde entonces padecía de episodios de depresión mayor. La primera vez, fue grave con síntomas psicóticos, dos años antes de acudir al CUAPI, por haber recibido amenazas de muerte por parte de familiares de su esposo. Estuvo tomando antidepresivos por un tiempo, no especifica cuánto. Cuando llegó al CUAPI, también estaba deprimida, pero en un nivel de gravedad leve, era funcional, estaba trabajando y atendía todos sus deberes.

Acudió al CUAPI en busca de ayuda psicológica, asistió por 13 sesiones, con interrupciones de hasta tres semanas. Se trabajaron todas las metas, pero no se completó todas las sesiones para cada una de las metas, por lo que el plan de tratamiento quedó inconcluso.

Hubo avances importantes, mayormente en los aspectos de la psicoeducación, en su autoestima, y en la toma de decisiones. También hubo avances, comunicación asertiva y límites personales, sin llegar a ser lo óptimo.

No podemos atribuir completamente sus avances a la TBH, debido a que ella ya había asistido a terapia durante dos meses, aunque no se sabe cuánto tiempo había transcurrido desde entonces. Lo que sí se averiguó fue el motivo del abandono de esa terapia, que fue la presión que ejercía el terapeuta para que tomara una decisión definitiva de divorcio. Al parecer, hubo un aprendizaje en ella, y tal vez por ello, había un rápido aprendizaje de los contenidos de algunas de las metas de la TBH, si bien, todavía se encontraba en una etapa de negación de la situación de violencia, y de la posible infidelidad. De hecho, en cuanto lo aceptó, decide poner un punto final, *"hasta aquí, no más juegos"*, refiriéndose al ciclo de la violencia.

Pese a la ruptura con la pareja, y las otras pérdidas que trastornaron su estado de ánimo, su pronóstico era bueno, se infiere que hubiera podido

superar todas estas desventuras, si se hubiera mantenido en la TBH, ya que su autoestima, toma de decisiones, comunicación asertiva y límites personales estaban bien encaminadas hacia lo óptimo, y podía haber sanado sus heridas a través de la meta de la identificación de emociones y sensaciones, que conlleva al manejo de las emociones y la restauración de las emociones positivas.

Pero el diagnóstico del tumor maligno rebasó todas sus fortalezas, pese al uso de antidepresivos, que además estaban contraindicados por el antecedente de intento de suicidio. Precisaba afrontar esta nueva adversidad; deterioro de la salud y pérdida de sus mamas, que definitivamente se convirtió en prioritario, y la llevó a un estado de ánimo más depresivo que cuando llegó al CUAPI.

En conclusión, la TBH pudo demostrar solo parcialmente su efectividad en este caso, debido a la condición de salud de la participante, en términos del daño físico y el deterioro del estado de ánimo.

**Caso 11.**

Mujer de 49 años de edad, originaria de León Guanajuato, México, radica en la ciudad de Tijuana, desde hace 38 años. Vivió en EEUU, en dos ciudades distintas. Llegó al CUAPI buscando ayuda psicológica porque dice caer en depresión, y deseaba divorciarse, por lo que se le refirió a la Facultad de Derecho de la UABC.

Sus características sociodemográficas: casada y separada; era madre de dos hijas, de 19 y 21 años de edad respectivamente. Era analfabeta, nunca fue a la escuela; se ocupaba en el hogar; su religión cristiana; su nivel económico muy bajo (E), \$4.000 pesos mensuales (228,99 €).

***Motivo de consulta.***

Buscó ayuda psicológica, porque “cae en depresión” (sic.). Se detectó que esa condición estaba asociada al maltrato por la pareja. Aunque, había sido remitida por la situación traumática por la que acababa de pasar; su esposo abusó sexualmente de su hija de 19 años, ella los sorprendió, e inmediatamente lo denunció a la policía; al momento de la entrevista, él ya estaba encarcelado.

***Evaluación inicial.***

La participante se presentó sola, vestía muy sencillo, sin maquillaje, aparentaba 5 años más de su edad cronológica, muy cansada, ojos llorosos e irritados. Mostraba un estado de ánimo muy triste, muy ansioso y aprensivo, se veía bastante deprimida. Lenguaje verbal y no verbal, eran congruentes. Memoria algo nublada. Padecía de insomnio, sueño poco reparador, con pensamientos y sueños recurrentes de la situación

traumática. Presentaba ideación suicida, y tuvo un intento cuando sus hijas estaban pequeñas, cuando estas tenían 2 y 5 años de edad; ingirió una sobredosis de medicamento, no recuerda cuál, le practicaron un lavado de estómago y con eso se recuperó.

Violencia infantil de tipo psicológico: presenció la violencia de su padre contra su madre, psicológica y sexualmente.

Violencia en la adolescencia de tipo físico y sexual: por parte de su padre y uno de sus hermanos. El padre la obligaba a bañarlo y tocarlo; del hermano, no especifica el cómo. Ambos, también la golpeaban, para obligarla a obedecerles.

Tenía conciencia parcial de la violencia ejercida por su pareja contra ella. Presentaba violencia de tipo económico: no la dejaba trabajar, le robaba sus alhajas para comprar drogas, y no le daba suficiente dinero para el sostenimiento del hogar; de tipo sexual acosándola para tener relaciones sexuales anales; violencia de tipo físico, forcejeaba con ella, y en una ocasión la trató de ahorcar. Los tres tipos en un nivel de gravedad severa. De tipo psicológico, culpándola de todo, gritos e insultos, y amenazas, con un nivel de seriedad, grave.

Se le diagnosticó, de acuerdo al DSM-IV-TR, con F43.0 Trastorno por estrés agudo; y, [F33.2] TEPT [309.81], que, de acuerdo a la conceptualización de Herman (2004), se trata del TEPT complejo.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

La participante fue la primera descendiente mujer, después de cinco hijos varones en una familia de padres y 10 hijos. Su lugar en la familia automáticamente la colocó en una posición de servidumbre para todos los hombres de la familia. Conforme nacieron el resto de sus hermanos, y

hermana, tuvo que ayudar al cuidado de estos, debido a la pobre condición de salud de la madre. Bajo estas circunstancias nunca tuvo oportunidad de asistir a la escuela. De hecho, fue la responsable del mantenimiento de la casa, cuando la madre muere de cáncer.

En la juventud, cuando quiso tener novio, recibió una golpiza por parte de ambos, padre y hermano, al grado de ser hospitalizada. Poco después, aparentemente en una actitud de rebeldía, decide embarazarse, y es la manera en que “logra”, entre comillas, salirse de su casa.

#### *Relaciones de pareja.*

Se casó, no menciona a qué edad. La pareja, padre de sus dos hijas, la maltrató durante todo el matrimonio, y fue la causa del divorcio.

Durante ese período, tuvo cinco abortos causados por tanto maltrato, antes de alumbrar a su primera hija. Después de sus dos hijas, tuvo otro embarazo de alto riesgo, y lo perdió. No aclara cuanto tiempo duró este matrimonio, y qué hizo para divorciarse.

Una vez divorciada, estuvo soltera por varios años hasta que conoce a un hombre mucho menor (21 años más joven) que ella, se enamora y acepta casarse con él pese a todas las críticas familiares. Tenían 3 años de casados cuando se dio cuenta del abuso a su hija.

Con la primera pareja vivió los cuatro tipos de maltrato en un nivel grave, su vida estaba en peligro, sin embargo, tomó la buena decisión de divorciarse, y él dejó de molestarla.

Con la segunda pareja, también padeció de los cuatro tipos de violencia, pero el nivel de gravedad, al parecer, en menor grado, o bien, ya estaba tan acostumbrada al maltrato, que le parecía normal, tolerándolo más.

### ***Factores de riesgo.***

Su reacción ante el abuso a su hija, fue muy audaz. Sorprende la rapidez con la que tomó decisiones cuando se trató de su hija, en comparación a todo el tiempo que ocupó, en ambas relaciones de pareja, asumir medidas de autoprotección. Lo que demuestra su capacidad para tomar decisiones, su iniciativa para la protección de otros, que probablemente, asume más valiosos que su propia persona. Este hecho indica una muy baja autoestima.

El riesgo de violencia que presentaba no era inminente, puesto que su pareja no estaba en condiciones de ejecutar las amenazas que hacía vía telefónica desde la cárcel. Sin embargo, eran suficiente para aterrorizar gravemente a la participante (C-11), agregado al factor sorpresa porque nunca sabía en cuándo la llamaría. Por lo que el riesgo de daño, era de tipo psicológico.

En cuando a los factores de riesgo contemplados en el plan de tratamiento. Entendía conocimientos básicos de la violencia ejercida por el hombre contra su pareja mujer.

La autoestima de esta participante estaba muy baja. Muchas de sus decisiones en el pasado fueron erróneas, le atrajeron consecuencias negativas. Asimismo, estaba decidida a encontrar un trabajo, y a sacar a sus hijas adelante, además de conseguir el divorcio.

La comunicación no era asertiva con sus hijas, su familia y la familia de su esposo, y particularmente, con su pareja, en el tiempo que duró la relación.

En cuanto a sus límites personales, en general estaban difusos, aunque al haber puesto a su pareja en la cárcel, logró marcar un límite rígido, que la situación ameritaba. En cuanto a la identificación de emociones y sensaciones, conseguía sentir y distinguir solo negativas, como las mencionadas en la evaluación inicial, y no las alcanzaba a manejar.

*Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

Por mucho tiempo su manera de afrontamiento fue la sumisión extrema, y asumir la culpa, debido a la indefensión aprendida (Seligman, 1975; Walker, 2009). Esto duró hasta llegar a tal punto de no poder tolerar más. Así fue como disolvió su primer matrimonio. En el segundo, buscó ayuda más o menos pronto, al primer año, y nuevamente, en el segundo. Pero, sus intentos fueron fallidos, no logró obtener la ayuda solicitada en instituciones públicas.

En la segunda relación, parecía tener más interés en que funcionara su relación. Primero, movida por lo que sentía por él, pero tal vez, era más fuerte el saberse criticada desde el inicio de la relación. La familia consideraba la relación como una unión errónea por la diferencia de edades. De cualquier modo, ya había llegado a ese punto, en que no aguantaba más maltratos ni escándalos por las constantes borracheras de la pareja; ya había llegado el momento de dejarlo (Dutton y Painter, 1981, 1993) por lo que había pedido el divorcio, dos meses antes del abuso a su hija.

Su red de apoyo era de tipo familiar, contaba con su papá que tenía un taxi, y un hermano menor que tenía un centro de lavado de carros. Y una cuñada en Sinaloa, a quien le dice lo ocurrido, y esta le ofrece su apoyo incondicional. Carecía de apoyo institucional.

*Condiciones de salud.*

Unos meses antes del acontecimiento crítico, había tenido una cirugía para la extracción de útero y ovarios, a partir de una hemorragia incontenible. Menciona que su pareja se encargó de todo, y gracias a él, estaba viva.

### ***Fase de tratamiento.***

La participante (C- 11), solo obtuvo un total de 10 sesiones, durante las cuales, se realizó la evaluación, se le ayudó en la escritura de su historia de vida, y, recibió psicoeducación.

En la sesión 4, se siente muy orgullosa de haber comenzado a tener algo de ingreso, por trabajar como taxista, a pesar de los pronósticos negativos de la familia. Se le presentaron algunos obstáculos, y trató de manejarlos, pero en caso necesario, contempló la posibilidad de rentar su taxi, para ella regresar a trabajar al otro lado, limpiando oficinas, como había hecho en otras ocasiones.

En esa misma sesión, tomó clara conciencia de haber repetido lo que había vivido en su primer matrimonio, y de cómo se reproducía, el ciclo de la violencia. A la vez, agregó a su red de apoyo la ayuda de la terapeuta, y la orientación legal que recibirá en el ministerio público, donde se le canalizó:

*...estoy pidiendo ayuda, estoy buscando. Si no la tuve antes, pues ahora la tengo, gracias a Dios..., ¿verda? (sic.) que la tengo a usted, y de ahora en adelante (sic), de algún modo, no quedarme sentada, sino salir a buscarla... (sic.) [C-11, P: 59:490, s 4].*

Así, inicia una red de apoyo de tipo institucional, y muestra esperanzas en que puede funcionarle en esos momentos. Su trayectoria durante la TBH está representada en la tabla 27.

Presentó llanto constante las primeras 5 sesiones. En la sesión 6, plantea el conflicto de tener que explicar a la familia de su esposo todo lo sucedido, por lo que aumentó su nivel de ansiedad. Se indujo hipnosis, con el fin de reducir su nivel de ansiedad, y relajar a la participante, lográndose el propósito.

Tabla 27

## Secuencia del Tratamiento del Caso 11

Tema de la sesión	Meta	Estrategia terapéutica	Sesiones
Inv. TBH. Entrevista. Se firmó el consentimiento informado. Relación con sus hijas. RP. Desea que él reconozca lo que hizo mal, y le pida perdón.	Historia del problema. Psicoeducación.	Entrevista. Psicoeducación, Pt, ss 1, 2 y 3. Connotación positiva. Analogía (terapeuta): Aprender a caminar.	1, 2 y 3
Historia de maltrato desde su infancia. Comenzó a trabajar el taxi, en contra de toda la familia que le decía que no iba a poder.	Historia del problema.	Connotación positiva. Psicoeducación, Pt, s 2	4 y 5
Resolución de conflictos con la familia del esposo. Red de apoyo, su hermano le ayuda a resolver los problemas con su taxi. Cansancio físico y mental.	Psicoeducación.	Connotación positiva. Acompañamiento. Hipnosis: Ensayo.	6
Problemas laborales. Red de apoyo. Solución de problemas.	Psicoeducación.	Connotación positiva. Psicoeducación, Pt, s 2. Metáfora (terapeuta): Las llaves.	7 y 8
Problemas para mantener el taxi. Resolvió, hijas pudieran regresar a estudiar. Demandar a su pareja por amenazas, no es posible, ya está encarcelado. Acudió a derechos humanos.	Acompañamiento o en aspectos legales. Escritura historia de vida.	Acompañamiento. Escritura de la historia de vida.	9 y 10

Nota. Pt, s(s)= Plan de tratamiento, sesión(es); Inv. TBH= Invitación a la Terapia Breve Hipnótica; RP= Descripción de pensamientos, emociones, acontecimientos en la relación de pareja, y comunicación con él.

Regresó a su sesión 7 y 8, todavía muy agitada, pero menos ansiosa, deprimida, y sin llanto. Se le estuvo manejando con acompañamiento y connotación positiva entre tantos problemas que se presentaban día con día. Uno respecto al aspecto laboral, al tener que vender su taxi para cubrir gastos, su única opción fue compartir con otro taxista.

Tenía mucha preocupación porque deseaba demandar a su pareja por las amenazas que este le hacía desde la cárcel, y tramitar el divorcio. Demandarlo, no procedía porque ya estaba encarcelado. En cuanto al

divorcio, se lo otorgaría automáticamente, una vez que entrara en vigor la sentencia. Con esto queda tranquila, pero aún, tenía que ocuparse de buscar otro empleo en lo que resolvía lo del taxi. Se le escuchaba tensa, frustrada y ansiosa. Por otra parte, logró resolver que una de sus hijas reiniciara sus estudios, y la otra, comenzó a trabajar cuidando niños, ambas, en el otro lado.

Asistió a dos sesiones más (9 y 10) en donde narró buena parte de su historia de vida que se le ayudó a escribir. Esto le trajo recuerdos muy dolorosos, sumados a las recientes experiencias frustrantes en las instancias legales, que la condujeron a un estado de ánimo depresivo, y se le observó, muy cansada de nuevo.

La participante no volvió más, se le llamó, se hicieron dos citas más, pero no llegó. Se infiere que no pudo manejar más su tiempo, entre tantas cosas que tenía que resolver para su familia.

### ***Seguimiento caso 11.***

Se le llamó 18 meses después de haber desertado del tratamiento para solicitar su apoyo en la entrevista de seguimiento, y accedió a participar. Por ser un caso que solo obtuvo la psicoeducación, se le consideró caso control.

Seguía trabajando como taxista en dos turnos corridos, de día y noche, por tres días a la semana. Tenía completamente alterado su horario de sueño, con períodos de insomnio. Le afectaban su horario de trabajo, y tener su casa aseada antes de acostarse.

Menciona tomar las decisiones, igual que antes, y que a veces se equivocaba.

De igual forma, señala, que cuando llegó al CUAPI necesitaba mucha ayuda, y en esos momentos, seguía necesitando porque se deprimía mucho, y le daba por comer y comer. Una fuerte inspiración para seguir adelante,

era que iba a ser abuela en poco tiempo, aunque su hija estaba teniendo problemas conyugales, y eso la preocupaba. Sin embargo, nota la diferencia en cómo se sentía en ese entonces, y cómo se sentía al momento del seguimiento:

*Pues en aquel tiempo nomás me la pasaba llorando, no sabía ni qué hacer, me sentía fuera de ... desubicada, realmente desubicada, no sabía, no tenía sentido mi vida en ese tiempo, yo ya no quería vivir, y ahorita no, **¡yo quiero vivir!** [risas], yo sí quiero vivir, disfruto mucho lo que Dios me da.... [C-11, P: 25213, seguimiento].*

Aunque a veces se decae, en realidad tiene más motivos por los que vivir. Se observa, entonces, cierta evolución personal. Se mantuvo trabajando como taxista y logró que sus hijas estuvieran a salvo, ya que era una gran preocupación para ella. Dejó de recibir amenazas de su expareja. Ella lo atribuye al buen trato que le brinda a la familia de él, cuando la visitan en su casa.

La convivencia con sus hijas mejoró, aunque no vivían juntas, puesto que las hijas se asilaron en el otro lado, mientras que ella quedó trabajando en Tijuana:

*...con todo el dolor de mi corazón, toda destruida, pero me he acercado a mis hijas, y he tratado de sanar esa separación que hubo entre nosotras. [C-11, P: 255:506, seguimiento].*

Continuaba sintiéndose culpable por haberse casado con un hombre mucho más joven, y por todo el daño que esa unión les ocasionó. Pero también, se sentía orgullosa de todo lo que había logrado tener a base de esfuerzo, sacrificio y mucho trabajo:

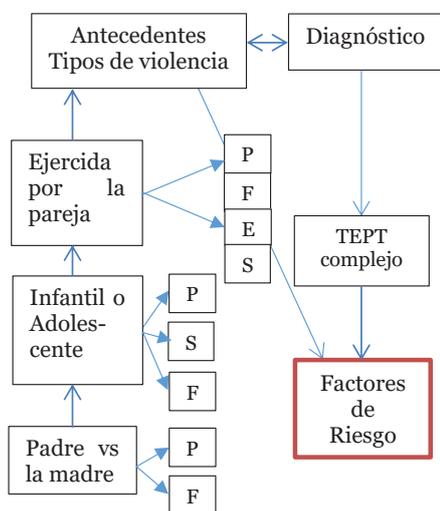
*...no es mucho lo que tengo, pero pues lo poquito que tengo... me costó, nadie me lo regaló, no es casa del infonavit. Me costó desde el primer peso, hasta el último [risas].... [C-11, P: 256:201, seguimiento].*

También conoció a un hombre del que ya estaba comenzando a enamorarse, pero percibió en él, algunos signos del abusador, por lo que antes de involucrarse más, prefirió retirarse, además de que se dio cuenta que tenía una relación con otra mujer. En este sentido, podemos ver que los aspectos de la psicoeducación sobre violencia en la pareja le quedaron bien aprendidos, además de haber extendido su red de apoyo, ya que estaba en riesgo de ser revictimizada (Bybee y Sullivan, 2002; Sullivan y Bybee, 1999) pero logra quedarse fuera de esto.

En lo que todavía tenía riesgo era en su comunicación poco asertiva con su familia, y la falta de demarcación de límites personales. Su papá murió poco después de abandonar el tratamiento, y sus hermanos se negaban a abrir el testamento, para apropiarse de la parte correspondiente a la participante. Ella prefería no pelear, porque se sentía indefensa ante ellos.

La Figura 7.11 da cuenta del progreso de esta mujer de la Fase I al seguimiento, Fase III. Se observó, una reducción de algunos de los factores de riesgo respecto a cuando llegó por primera vez al CUAPI.

Figura 7.11 Evolución del Caso 11 a través de la TBH



**Evolución de la violencia en el proceso de la TBH.**

t/v.	ev	s4	s8	s10	seg
P	■	s/d	■	s/d	■

**Evolución de los síntomas en el proceso de la TBH**

Snt	ev	s4	s8	s10	seg
Ans	■	■	■	s/d	■
De	■	■	■	s/d	■
Ide	■	■	■	s/d	■
Cns	■	■	■	s/d	■
Me	■	■	s/d	s/d	■
Cl.s	■	■	s/d	s/d	■
Em	■	■	■	s/d	■

**Escala de violencia y de síntomas**

Grave	■
Severo	■
Moderado	■
Leve	■
Sin ciclo de violencia o, sin síntomas	■

**Evolución factores de riesgo a factores protectores de la TBH.**

Fac	ev	s4	s8	s10	seg
PE	■	■	s/d	■	■
AU	■	■	■	s/d	■
LP	■	■	■	s/d	■
TD	■	■	■	s/d	■
CA	■	■	■	s/d	■
IES	■	■	■	■	■

**Escala de Factores, de Riesgos a Protectores**

Muy bajo, muy deficiente	■
Menos bajo, menos deficiente	■
Algo alto, algo fortalecido	■
Alto, fortalecido, óptimo.	■

Nota. t/v= Tipos de violencia: P= psicológica; E= económica; S= sexual; F= física.  
s/d= sin dato en esa sesión.

Snt= Síntomas:

Ans= Ansiedad; De= Depresión; Cns= Cansancio; Me= Memoria; Cl. s= Calidad del sueño; Em= Emociones negativas.

Fac=Factores/metast: PE= Psicoeducación; AU= Autoestima; LP= Límites personales;

TD= Toma de decisiones; CA= Comunicación asertiva; IES= Identificación de emociones y Sensaciones.

ev= Evaluación inicial.; s= Sesión; c/p= Cierre del proceso terapéutico y post evaluación; seg= Seguimiento.

La psicoeducación le funcionó muy bien; su autoestima estaba en proceso, aumentó un poco en ese tiempo; su comunicación con sus hijas

mejoró considerablemente lo que la ayudó a tener mayor y mejor convivencia con ellas; sus límites personales se conservaron algo difusos; la toma de decisiones, se mantuvo igual que antes; la identificación de emociones y sensaciones, estaba deficiente, confundía la tristeza o ira con deseos de comer, de igual forma, le hacía mucha falta superar los sentimientos de culpa, ira, rencor, etc. No obstante, ya mostraba emociones y sensaciones positivas, tanto hacia sus hijas, al nieto que estaba por nacer, así como por ella misma.

### ***Análisis y conclusiones caso 11***

En esta mujer (C-11) se ve reflejado dramáticamente la actitud de sumisión, de indefensión aprendida (Seligman, 1975; Walker, 2009) y la violencia cíclica (Walker, 2004). Primero, cautiva en una familia tradicional, patriarcal, machista, donde lo único valioso era atender a los hombres de la casa.

Después, encerrada en una relación de pareja que había aceptado, paradójicamente, con tal de salirse de su casa, y no por enamoramiento. Logra salir de esa relación, para luego, ser revictimizada, en un nuevo matrimonio donde había renovado sus esperanzas de ser feliz.

Si bien, esta mujer acudió a un número reducido de sesiones del tratamiento, y solo recibió psicoeducación, tuvo un efecto positivo, aunque reducido. Aprendió a distinguir todos los elementos de la violencia ejercida por el hombre contra su pareja mujer, lo que la previno de ser revictimizada cuando conoció a otro hombre. También, extendió su red de apoyo al tipo institucional, pudo hacer una revisión en retrospectiva sobre su vida. También disminuyeron levemente y por un período breve, sus emociones negativas, y se vio algo fortalecida su autoestima, sin llegar a ser lo óptimo, cuando encontró trabajo.

Lo que ella estaba pidiendo de su pareja era una de las cosas más difíciles de lograr cuando se trabaja con hombres que ejercen violencia contra su pareja, y, como en este caso, contra algún otro miembro de la familia: el hecho de asumir la responsabilidad de sus actos (Expósito y Ruiz, 2010), y pedir perdón. A esto debe añadirse la esperanza de que él no regrese a cumplir sus amenazas cuando termine su condena, pese a que estas ya habían cesado.

En conclusión, esta participante, tuvo una evolución personal, motivada por salir adelante por ella, sus hijas, y la esperanza de tener un nieto. La TBH, contribuyó a que no fuera revictimizada, y a que disminuyeran, un poco, los síntomas del TEPT complejo.

### **Caso 12.**

Este caso (12) se trata de una mujer de 41 años de edad, originaria de Culiacán, Sinaloa, México, radicada en la ciudad de Tijuana, desde hace 29 años, con un período de seis meses en San Diego.

Sus características sociodemográficas: vivía en unión libre; era madre de un hijo de 24 años, tres hijas, de 18, 19, y 23 años de edad, respectivamente; únicamente la menor vivía con ella, las otras dos estaban casadas y vivían con sus parejas correspondientes, y el hijo se encontraba radicando en Canadá. Educación: secundaria; se ocupaba en el hogar, y ventas; sin religión; su nivel económico, bajo (D).

#### ***Motivo de consulta.***

Llegó al CUAPI buscando ayuda psicológica, referida por un estudiante de la Facultad de Medicina y Psicología de la UABC. Indicó sufrir de violencia psicológica y económica.

No colaboró mucho con la entrevista, parecía avergonzada de todo lo que estaba viviendo con su pareja.

#### ***Evaluación inicial.***

Su apariencia era acorde a su edad cronológica. Vestía bastante presentable, pone mucho empeño en su arreglo personal, y su alimentación. Su estado de ánimo, era decaído, triste. Sus movimientos no eran rápidos ni lentos.

Tenía conciencia parcial de la violencia que su pareja ejercía contra ella. Violencia de tipo económico, y de tipo psicológico; no especificó las formas en cómo se manifestaba la violencia.

Fue víctima de violencia sexual infantil, un hermano la violó cuando era pequeña, aproximadamente a los 4 años de edad.

Se le diagnosticó, de acuerdo al DSM-IV-TR con F43.1 TEPT [309.81]; y, de acuerdo a su trayectoria y síntomas, cabe en la conceptualización de Herman (2004), del TEPT complejo.

### ***Datos de la entrevista e historia de vida.***

#### *Antecedentes familiares.*

Su madre abandonó a su padre por ser infiel, por lo que se trajo a sus hijos a Tijuana. Fueron cuatro hijos varones y la participante, única hija de un embarazo doble.

Dadas las circunstancias en las que la madre abandona al padre, pasaron por períodos de mucha pobreza, e indica que su madre nunca le puso atención. De niña, en edad escolar, peleaba mucho con sus hermanos, y con compañeros en la escuela. No tuvo buena aceptación de sus hermanos desde el nacimiento y durante todo su crecimiento, únicamente su cuate, con el que dice que se peleaba, pero siempre se reconciliaban y andaban juntos. Entonces se vislumbra que fue una mujer, en buena medida, que ella misma se crío, en mucha soledad, rechazada, en un ambiente hostil.

No se sabe por cuánto tiempo estuvieron separados los padres, pero al momento de la entrevista, vivían juntos de nuevo, en una relación que la participante denominó como “muy fea”, llena de rencores.

#### *Relaciones de pareja.*

Tuvo tres parejas. La primera pareja, padre de sus hijos, abusaba sexualmente de ella; también maltrataba a su hijo y a su hija mayor, con

golpes y gritos. Cuando se separaron, la amenazaba de muerte en caso de encontrarla con otro hombre, así que ella se la pasaba atemorizada.

La segunda pareja, fue secuestrada y asesinada tres años antes de la entrevista (2007). Se habían dejado porque él consumía drogas, y ella no quería que tuvieran ese ejemplo sus hijas e hijo. No obstante, poco antes de su asesinato, estaban por reestablecer la relación, e incluso, ella se encontraba buscando un lugar donde vivir juntos nuevamente, cuando se entera del secuestro. Lo estuvo buscando con mucha desesperación, y a los pocos días, encontraron el cuerpo. Lo que fue devastador para ella. Pero, poco después, conoce a otro hombre, y comienza a vivir con él en unión libre, quien sería su tercera pareja.

Al momento de la entrevista, hacía poco que se había separado de esta tercera pareja, debido al embarazo de su hija adolescente. La participante prefirió dejarlo y quedarse al cuidado de su hija. Esta última pareja, ejercía violencia de tipo económico y psicológico, y también había abusado de ella sexualmente en dos ocasiones.

Se observa un patrón en el tipo de hombres de los que se enamora. Violentos y consumidores de sustancias. Lo que ella buscaba en los hombres, era aceptación, que sus hermanos nunca le brindaron, a excepción de su cuate, con el que siempre peleaba, para luego, reconciliarse. Así, el rechazo de sus hermanos se reflejaba en sus relaciones de pareja porque era lo que conocía. Hubo un aprendizaje muy fuerte de esto, en lo que se vislumbra una adaptación paradójica (Montero-Gómez, 2001), que la orilla a percibirse como si fuera inferior al hombre.

### ***Factores de riesgo.***

El nivel de riesgo de violencia ejercida por la pareja, era bajo ya que estaba separada y no había amenazas. El mayor riesgo era regresar con su tercera

pareja y someterse nuevamente a sus deseos, o que conociera a otro hombre, y una vez más, ser revictimizada.

En cuanto a los factores de riesgo contemplados en el plan de tratamiento, no tenía conocimientos sobre violencia en la pareja; su autoestima estaba muy baja; sus límites personales estaban difusos y rígidos hacia la familia de origen; su estado emocional solo le permitía identificar emociones y sensaciones negativas, de rechazo, ira, tristeza, depresión, etc.; la comunicación con su familia, no era asertiva, ni con su expareja; la toma de decisiones, también era bastante deficiente.

Su estado de ánimo era lo más riesgoso, por tener que enfrentar las separaciones de sus parejas, pero principalmente del que perdió la vida, por tener el duelo pendiente de cerrar.

#### *Modos de afrontamiento y red de apoyo.*

La forma que afrontó la violencia de su primera pareja, fue el divorcio, y la separación de la segunda pareja. Con la tercera pareja, las circunstancias fueron otras. La separación no se desencadenó de la violencia, sino el embarazo de su hija menor, cuando ella prefiere apoyar a su hija que permanecer en su relación.

En cuanto a la red de apoyo, la participante se consideraba muy sociable, tenía muchos conocidos, y solo dos amigas, que la apoyaban. El apoyo familiar provenía, únicamente, de uno de sus hermanos, su cuate. También contaba con el apoyo moral de su hijo, y sus hijas.

#### *Condiciones de salud.*

Diabetes mellitus e hipertensión. TEPT complejo, y depresión.

### ***Seguimiento caso 12.***

Esta mujer no regresó al tratamiento, no contestaba las llamadas. No obstante, cuando se le llamó para la entrevista de seguimiento, aceptó y se presentó a la entrevista, por lo que su caso se está tomando como caso control.

En este momento, del seguimiento, ya no estaba con ninguna pareja, vivía con uno de sus hermanos, y los dos hijos de este. Su ingreso era muy poco, su hermano, le daba algo de dinero por cuidarle a sus dos hijos en edad escolar.

Se presentó a la cita con ropa limpia, el cabello corto, poco maquillaje y buena higiene personal. Su expresión era triste, decaída, aunque se mostraba atenta. Sus movimientos eran aletargados, con poca expresión facial. Su expresión verbal era buena, sin alteraciones.

Su estado de ánimo estaba muy decaído, mencionaba que no le daban ganas de hacer nada y batallaba mucho para levantarse. La mayoría de las noches lloraba en su habitación, se sentía triste y sola. Estaba algo ansiosa y preocupada por los problemas de salud de sus padres, a quienes cuidaba varias horas al día, desde hacía varios meses, en que la salud de estos, estuvo crítica.

Sus síntomas, tales como falta de energía, desmotivación, baja autoestima, desesperanza, tristeza, insomnio, falta de apetito, correspondían a un diagnóstico de F32.2 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único [296.2], es decir, con un grado de más gravedad que en la evaluación inicial, un año antes. Además del TEPT complejo.

Esta participante había declarado no estar tomando ningún medicamento porque quería salir adelante por ella misma, y, el medicamento recetado era de alto costo, sin embargo, durante la entrevista, menciona que tenía que tomar de dos a tres pastillas de Zamoprax para conciliar el sueño, pues de otra manera no dormía:

*T: Y con las pastillas ¿cuántas horas duermes?*

*C-12: Como cinco. Cuatro o cinco horas, me las tomo entre la una de la mañana y 2, a las 6.30... ya estoy levantada, pero ya desde antes ya me ando despertando, siento todos los movimientos que estoy haciendo...*

*T: ¿Y sin las pastillas?*

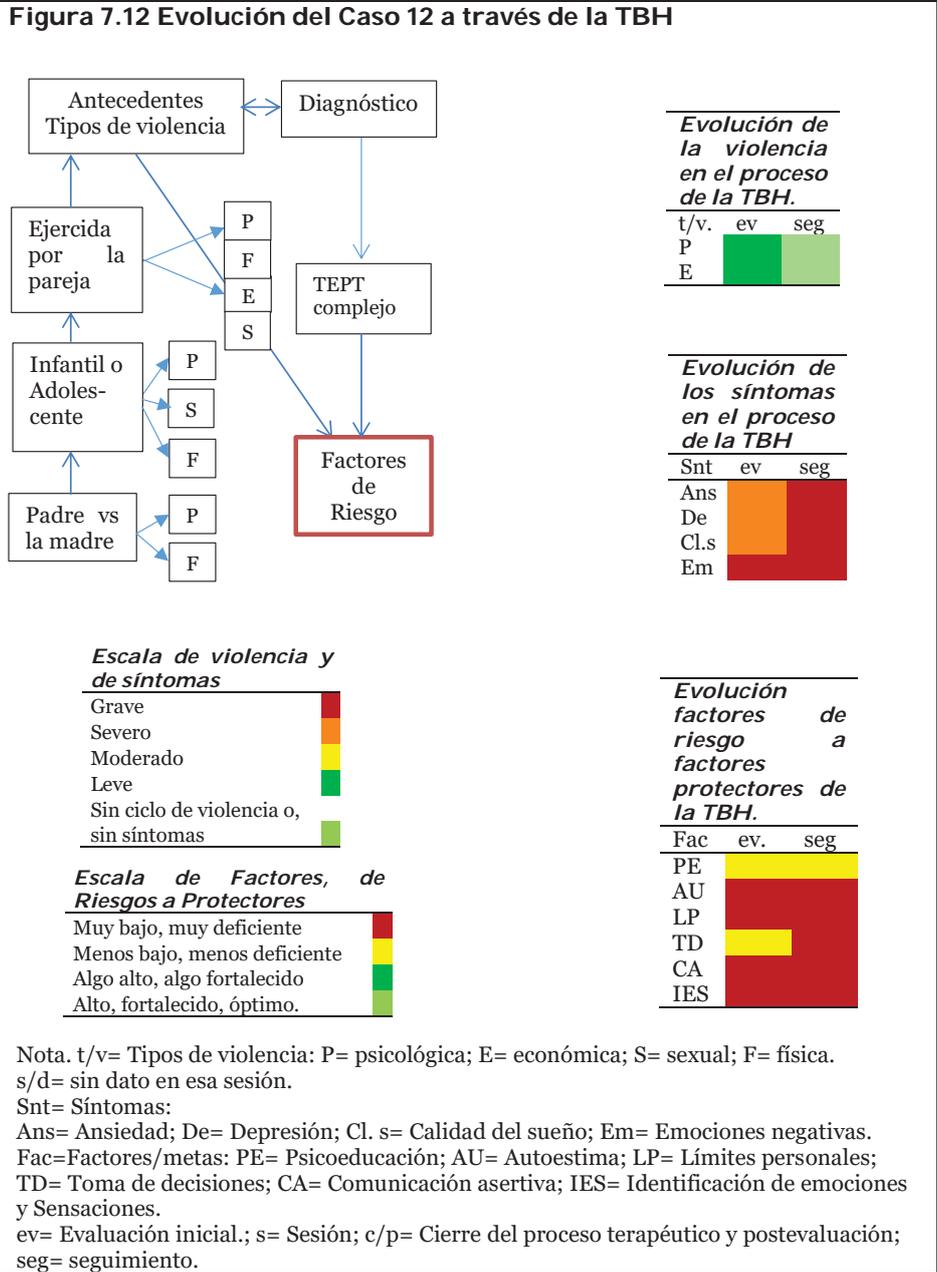
*C-12: Pues sin las pastillas, nada más me doy vueltas como loca en la cama, y no duermo. [C-12, P259:073-083, seguimiento].*

Había estado en un período de mucho estrés por la enfermedad de sus padres, el abandono de su pareja, el rechazo de sus hermanos, el nacimiento de su nieto, y no tener trabajo estable:

*... era muy grande el estrés que estaba manejando, o que, he estado manejando por la enfermedad de mis papás, los dos, este... los problemas que se vinieron de mis hermanos. En sí..., no sé, ni de qué traen atravesados en contra de mí, y la decepción de quedarme sin marido, de perder casa, de no tener un trabajo, de no tener sueldo, el sentirme sola, desamparada, es muy grande para mí todo eso. Traía toda esa preocupación, y traía una depresión súper grande. Entonces, es como yo le platiqué al doctor, "traigo una depresión hasta el tope, hasta el último pelo..." [C-12, P259:083, seguimiento].*

Tenía mucho problema para manejar sus emociones. Esta dificultad aumento en el período en que dejó la TBH, debido a esos eventos transcendentales que le ocurrieron en tan solo un año. El rechazo y la descalificación sus hermanos, en todo el esfuerzo y tiempo que invirtió en la recuperación de sus padres, era abrumador.

Figura 7.12 Evolución del Caso 12 a través de la TBH



La figura 7.12, muestra la evaluación de Fase I y la Fase III, donde se aprecia que sus síntomas y factores de riesgo se mantuvieron igual, o empeoraron, pese a ya no vivir violencia por parte de la pareja por

haberse separado. La violencia provenía, en esos momentos, de la familia de origen con críticas acerca de las exparejas, y de sus respectivas familias, y de cómo había sido su vida. La participante consideraba que no era su culpa:

*Me fue mal con mi primer marido, el papá de mis hijos. Yo no tengo la culpa que mi segundo marido no les haiga caído (sic.), yo tampoco tengo la culpa que me lo hayan secuestrado, y me lo hayan matado. Yo tampoco tengo la culpa que me conseguí el tercer marido, ni modo, no, nos dejamos él y yo, porque él y yo, nos hayamos dejado de querer, yo lo dejé porque mi hija salió embarazada. No era hija de él, y él no la quería en la casa. [...] Bien que mal, saqué a mis hijas adelante..., no usan drogas no son malandrines, son muy trabajadoras son buenas mamas. ¿De qué me juzgan? nadie es perfecto. (sic) [C-12, P259:095, seguimiento].*

Ciertamente, las críticas de la familia no eran compasivas, ni le proporcionaban ningún alivio o apoyo, solo la culpabilizaban. Con un poco de apoyo y compasión, tal vez, podría haber ganado algo de consciencia del efecto de las decisiones que tomó en algunas situaciones de su vida. Efectos negativos que no esperaba, no deseaba, pero que hay parte de responsabilidad en ello. Del mismo modo, que tomó buenas decisiones, y el efecto esperado fue alcanzado, como era el hecho de sacar adelante a sus hijos.

### ***Análisis caso 12***

Esta participante, fue violada a muy corta edad, sufrió de violencia por parte de tres parejas, del rechazo y agresiones de sus hermanos, la separación de sus padres, y, aun así, acertó en la crianza de sus hijos lo mejor posible.

Cuando llegó a la TBH, no había resuelto el duelo por ninguna de sus tres parejas, su autoestima estaba por debajo de los suelos, y especialmente, la pasaba deprimida por la pérdida más reciente de su pareja. En ese entonces, gozaba de un empleo, educaba a su hija adolescente, y mantenía una buena relación con su hijo, y sus otras dos hijas. Sin embargo, en ese momento, no fue muy abierta, no especificó cómo había sido la violencia. Se cree que pudo haber sido por vergüenza el no hablar sobre la violencia.

En el año que transcurrió entre la entrevista inicial y la entrevista de seguimiento, se hizo cargo de su hija con un embarazo de alto riesgo, de ella misma que enfermó también, y de sus padres que igualmente enfermaron. Perdió casa y empleo, teniéndose que albergar en casa de uno de sus hermanos donde habitaban sus padres, mientras que los cuidaba 24 horas al día. Cuando termina el período crítico de la enfermedad de ambos padres, su hermano, dueño de la casa, y su familia, la sacan de ahí.

Todos estos maltratos de las parejas, la viudez, junto con la serie de pérdidas, la mantenían en un estado de depresión mayor. Por ello, se le canalizó para que reiniciara su proceso psicoterapéutico, para poder tratar tales situaciones, y mejorar su calidad de vida.

Se puede ver en este caso, no solo que no hubo una evolución, sino un retroceso ante tantas circunstancias que tomaban toda su energía y entusiasmo por vivir. Lo único que la sostenía con vida era el amor por sus hijos.

## **7.02. Estudio de Caso Múltiple**

El estudio de caso múltiple presenta tres ejes de análisis para apreciar la evolución de las participantes: 1) reducción o eliminación de síntomas y emociones negativas; 2) la adquisición de los factores protectores, así como su sostenimiento en el seguimiento, y; 3) reducción o eliminación de la violencia, y sostenimiento en el seguimiento.

Antes de ello, se agrupan algunos datos recolectados de la Fase I del estudio, para dar cuenta de aspectos relevantes del conjunto de las participantes al inicio del tratamiento.

### **7.02.1. Resultados fase I: Fase inicial.**

La forma en que llegaron al CUAPI (por ella misma o referida), el motivo de consulta, y si la solicitud de atención había sido para sí mismas, o para alguien más, se determinó el nivel de motivación de las participantes para recibir el tratamiento y salir de la situación violencia. Cuando venían para solicitar la atención para ellas mismas, ya sea que llegaran por la difusión realizada en escuelas, la “Feria de la salud de la mujer”, o por referencia legal, y establecieron que deseaban la atención psicológica porque eran violentadas por la pareja, se determinó un alto nivel de motivación para superar la violencia que la pareja ejercía contra de ellas, como fueron los casos: C-2 y C-3. Con nivel medio de motivación, se consideraron aquellas participantes que solicitaron la atención para ellas mismas, pero su motivo de consulta era algún síntoma, generalmente, consecuencia de la violencia de su pareja contra ellas, como depresión, pero no directamente la violencia en sí. Los casos con motivación media fueron: C-1, C-4, C-6 C-9, C-10, C11 y C-12. Con un nivel bajo de motivación a superar la violencia ejercida por la pareja, se consideraron aquellas participantes que solicitaron atención

para alguien más, como un hijo, o una hija, y aceptaron participar porque alguno de estos, recibiría, o ya estaba recibiendo la atención en el CUAPI, u otro servicio universitario. Estos casos fueron el C-5, el C-7, y el C-8.

Lo referente a los antecedentes de violencia en la familia de origen, se identificaron testimonios para cada aspecto, como: a) violencia del padre contra la madre: "*Pues sus hermanos y mi papá la maltrataban, la hacían menos. Mi papá siempre con sus infidelidades, la engañaba*", [C-1, P: 49:661, s 3]. "...le pegaba al principio, y [yo] tendría como unos 5 años, cuando yo creo ya no le pego..., pero, por ejemplo, se ausentaba por 6 meses, daba poquito dinero, [...] él era mujeriego...". [C-9, P: 17:139, s 7].

En cuanto a las adicciones del padre o la madre: "...mi papá, pues él tomaba mucho cuando mis hermanos y hermanas fueron creciendo, y ellos empezaron a entrarle a la bebida...". [C-10, P: 69:248, s 4.], y c) violencia sufrida por las participantes en la niñez, como en el caso de violencia física: "*Cuando mi papá llegaba se enojaba muchísimo si nos encontraba llorando, nos golpeaba e insultaba*". [C-1, P: 234:02, historia de vida] (Ver Anexo C, Tabla 1C a 4C Categorías temáticas de violencia).

La Tabla 28, muestra la relación de participantes y los antecedentes de violencia en la familia de origen. De igual forma, muestra la presencia de alcoholismo en el padre o la madre. La primera columna, nos indica si completó o no el tratamiento, y el número de caso. Se encontró, que todas las participantes sufrieron de algún tipo de violencia en la niñez. Siendo el abuso sexual el tipo de violencia de mayor frecuencia (N=10), y la de menor frecuencia, la violencia económica (N=1). Cinco de las participantes presentaron dos tipos de violencia infantil (C-3, C-4, C-5, C-7, C-8 y C-10).

Una mujer tenía antecedentes de un tipo de violencia (psicológico) (C-9), y otra más, no sufrió de violencia en la infancia (C-2), aunque al haber presenciado violencia del padre y abuelo contra madre y abuela, respectivamente, también se le considera violencia de tipo psicológico, aquí

se prefirió separarla por no haberla recibido directamente. En este sentido, fueron la mayoría las que sufrieron violencia psicológica (N=11).

Tabla 28

*Antecedentes de violencia familiar*

Casos Tratamiento Completo	Violencia padre vs madre	Padre o madre alcohólico	Padre o madre abuso de drogas	Tipos de maltrato en la niñez			
				Económico	Físico	Psicológico	Sexual
C-1	+	+	-	-	+	+	+
C-2	+	+	-	-	-	-	-
C-3	-	+	-	-	-	+	+
C-4	-	+	-	-	-	+	+
C-5	+	+	-	-	-	+	+
C-6	-	-	-	+	-	+	+
C-7	+	+	+	-	-	+	+
Parcial							
C-8	-	-	-	-	-	+	+
C-9	+	+	-	-	-	+	-
C-10	+	+	-	-	-	+	+
C-Control							
C-11	+	+	-	-	+	+	+
C-12	+	-	-	-	+	+	+
Total	8	9	1	1	3	11	10

Nota. += Presentó antecedentes de algún tipo de violencia en la niñez; -= No lo presentaba.

Estos resultados confirman que existe una asociación entre experimentar violencia durante la niñez, y la revictimización por parte de la pareja (Rivera-Rivera, Allen, Chávez-Ayala, y Ávila-Burgos, 2006)

La Tabla 29, presenta la relación de las participantes con hombres que abusan de sustancias (alcohol o drogas) y antecedentes de padre

alcohólico. Donde podemos apreciar, en cinco casos, hay abuso de alcohol tanto en la pareja como en el padre (C-1, C-2, C-3, C-9 y C-11).

Tabla 29

*Relación de alcoholismo en el padre y la pareja de la participante*

Casos	Pareja		Padre	
	Alcohólico	Consumo de drogas	Alcohólico	Consumo de Drogas
Tratamiento completo				
1	+	-	+	-
2	+	-	+	-
3	+	+	+	-
4	-	-	+	-
5	-	-	+	-
6	-	-	-	-
7	-	+	+	+
Parcial				
8	-	+	-	-
9	+	-	+	-
10	-	-	+	-
Casos Control				
11	+	+	+	-
12	-	-	-	-
Total	5	4	9	1

Nota. += Presentó antecedentes de algún tipo de violencia en la niñez; -= No lo presentaba.

En dos de estos casos, las parejas además eran consumidores de algún tipo de droga (marihuana y cocaína). En tres casos (C-4, C-5, y C-10) no había parejas consumidoras de sustancias, pero sí antecedente de padre alcohólico. Los C-6 y C-12, no presentan estos tipos de adicción en el padre ni en la pareja, aunque una de ellas (12) menciona que su pareja anterior, sí consumía drogas, y que fue el motivo de la separación. En el caso 7, se trataba de la madre quien era “drogadicta” (sic), el padre, y los

abuelos con quienes creció, eran alcohólicos. Ella usaba marihuana y alcohol hasta cuatro años antes de haber comenzado el tratamiento.

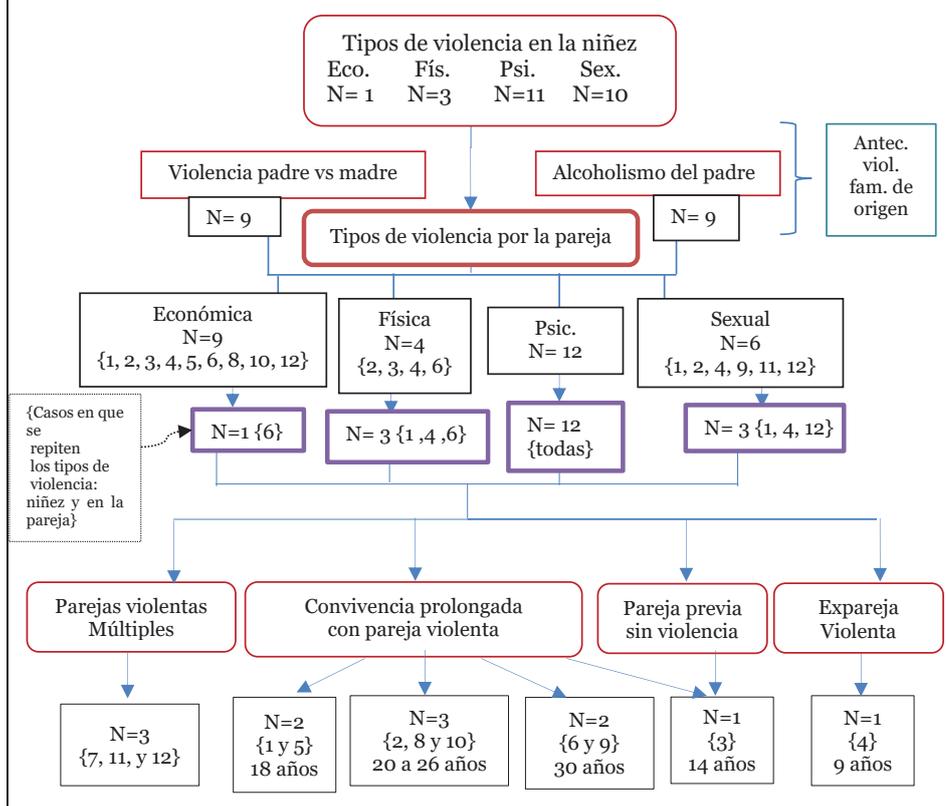
En el resto de los casos, el consumo de sustancias de ellas mismas, resultó mucho menos significativo. El C-8 fumaba antes del tratamiento y dice haberlo dejado cuando se bautizó como Testigo de Jehová, tres años atrás; y, el C-2 fumaba al inicio del tratamiento.

Es importante mencionar que en algunos casos la influencia del alcohol estuvo presente en el desarrollo de estas mujeres, y podía tratarse de alguien distinto del padre, además de este. Como hermanos y/o hermanas o de algún miembro de la familia extendida, como tíos, tías, que consumían alcohol y/o drogas (C-1, C-6, C-7, y C-12). E, incluso personas que llegaban a su casa con la intención de migrar a EEUU, como el C-1. Si bien, el alcohol no es el causante de la violencia, si aumenta considerablemente el riesgo de ocurrencia (Heise y García-Moreno, 2002; White y Chen, 2002) y puede predecir un nuevo evento violento (Ramos y Saltijeral, 2008; Stith y Farley, 1993).

Las participantes presentaban distintos tipos de violencia al momento de iniciar la TBH, pero varias de ellas habían sufrido de otros tipos de violencia ejercida por la pareja, ya sea, con la que estaban en esos momentos, o por parejas previas.

En la Figura 7.13 se distinguen los tipos de violencia que sufrieron las participantes durante su niñez, los tipos de violencia ejercida por la pareja al momento de la entrevista, y los antecedentes en las familias de origen en cuanto al número de casos con padre alcohólico y de violencia del padre contra la madre. Como dato adicional, están identificados (en cuadro en color morado) los casos en que se repite el tipo de violencia en la niñez y la ejercida por la pareja.

Figura 7.13 Análisis de Caso Múltiple. Relación de los Tipos de Violencia en la Niñez y la Ejercida por la Pareja



La Figura 7.13 muestra los tipos de violencia que las participantes sufrieron en la niñez, antecedentes de maltrato del padre a la madre, antecedentes de alcoholismo en el padre, y los tipos de violencia sufridos en la pareja al momento de la entrevista. Asimismo, se agregan la duración de la relación de violencia.

Nota: N= la frecuencia de casos que presentaban esa condición; entre {N} se encuentra el número década caso que presentaba la condición. También se muestran enmarcados en Color violeta= casos en que se repiten los tipos de violencia en la niñez que en la pareja.

Lo primero que salta a la vista, es que todas sufrieron de violencia psicológica tanto en la infancia, como en la relación de pareja. Se incluyó al C-2 quien afirmó que ella nunca fue maltratada en su infancia, pero al ser testigo de la violencia de su padre contra su madre, y de su abuelo contra

su abuela, se consideró violencia psicológica. Otro tipo de violencia con alta frecuencia en la infancia (N=10), y por parte de pareja fue de tipo sexual (N=6); de las 10 mujeres que lo padecieron en la infancia, tres lo vuelven a sufrir de adultas por parte de la pareja. La violencia de tipo físico, se dio en tres casos en la infancia, y dos en la pareja, pero no se trata de los mismos casos. Estos resultados, difieren a los expuestos por Rivera-Rivera et al. (2006). Estos autores encontraron mayor probabilidad de maltrato físico y sexual por parte de la pareja, cuando habían sido víctimas recurrentes de violencia física por parte de sus padres, en mujeres mexicanas. Y en estos casos, los antecedentes de violencia física, no son el tipo de violencia más recurrente. Sin embargo, estos autores, concluyen que las mujeres que fueron maltratadas en la niñez, tienen mayores probabilidades de ser maltratadas en la edad adulta, dato que corrobora este estudio, ya que todas fueron víctimas de violencia psicológica, y 10 sufrieron de violencia sexual.

Es importante señalar que se registró en el esquema los tipos de violencia activos al momento de la fase de evaluación, pero, algunas otras mujeres habían sufrido de este tipo de violencia sexual, en el transcurso de su matrimonio (N= 6), o con parejas previas (N=4). Para el tipo de violencia económica, llama la atención que solo un caso (C-6) sufrió de este tipo de violencia en la infancia (12 años de edad), en cambio, por parte de la pareja era bastante más recurrente (N=9), repitiéndose en el C-6.

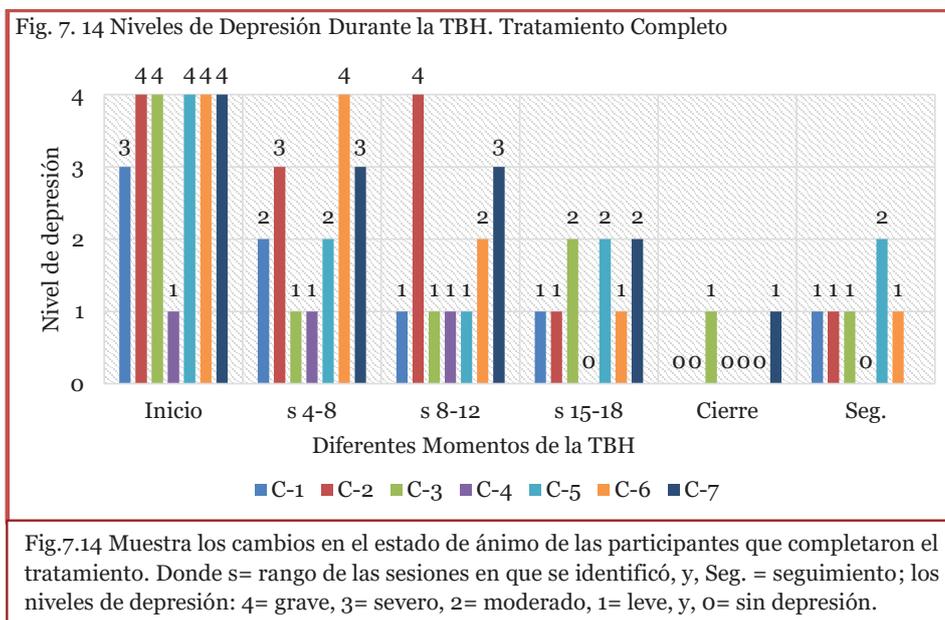
Los tipos de relación con parejas violentas, también se muestra en la Figura 7.13, donde se identifica las relaciones violentas prolongadas que fueron las de mayor frecuencia con ocho casos.

### 7.02.2 Comparación de casos: síntomas, emociones y diagnóstico.

En relación a los síntomas evaluados, se presentan los que fueron más frecuentes entre las participantes, que además corresponde a los señalados por estudios previos, como la depresión y ansiedad (Cerezo et al. 2009; Crespo y Arinero, 2010; Fernández, 2006, 2011; Golding, 1999; Labrador et al., 2006, 2009; Labrador y Alonso, 2007; OPS, 2003a).

Se utilizó la misma escala para asignar un nivel de gravedad, que la utilizada en los casos individuales. El punto más crítico es grave, seguido de severo, moderado, leve, y sin síntoma.

La figura 7.14 nos muestra los cambios en el estado de ánimo a través de la TBH, de las participantes que completaron el tratamiento.



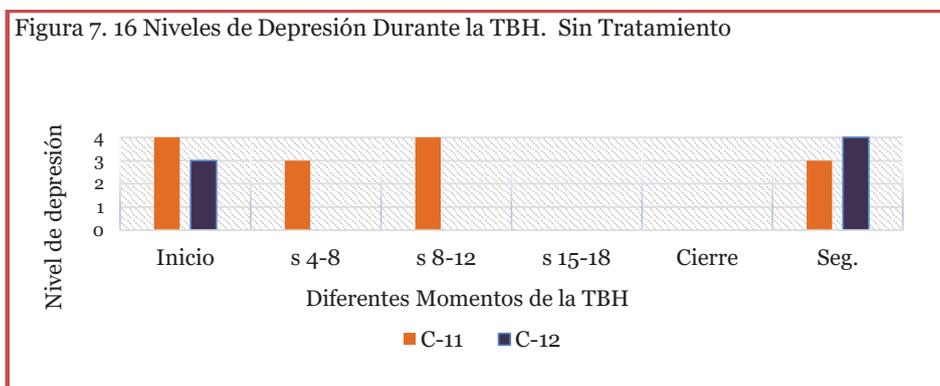
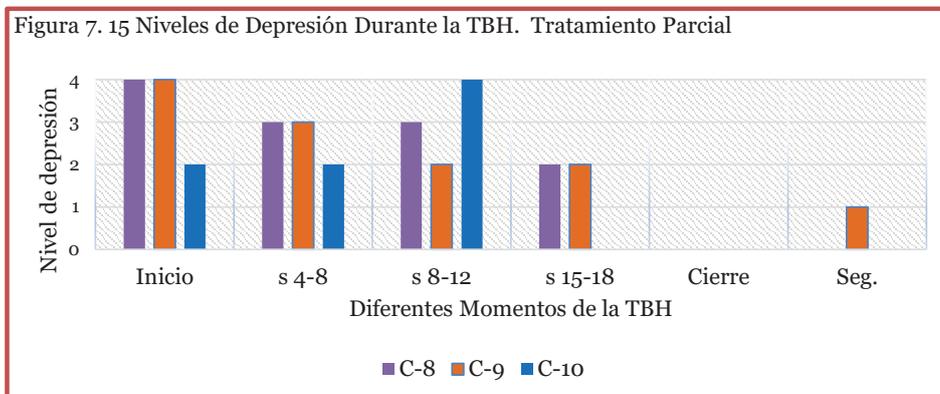
Podemos apreciar que, al inicio de la TBH manejaban un estado de ánimo depresivo grave en cinco de las participantes (C-2, C-3, C-5, C-6 y C-

7), una en un nivel severo (C-1), y otra más, en el nivel leve (C-4). A diferencia del cierre, cinco casos no manifestaban ningún signo o síntoma de depresión (C-1, C-2, C-4, C-5 y C-6), las que todavía presentaban depresión era en un nivel leve (C-3 y C-7). Al momento del seguimiento, de las 6 que accedieron a este, una se mantuvo sin depresión (C-4), cuatro en un nivel leve (C-1, C-2, C-3 y C-6), y una manifestó un nivel moderado (C-5). Es notoria la diferencia de cuando iniciaron a cuando terminaron, si bien, una regresó a un nivel moderado (C-5), puede obedecer al grado de dependencia hacia su pareja, y al grado en que logró establecer su autoestima, con un avance limitado, como se retomará más adelante.

La figura 7.15 nos muestra los casos que accedieron parcialmente al tratamiento, donde se observa resultados distintos en cada una de las tres participantes.

El C-8 comenzó con un grado grave de depresión, tuvo altas y bajas a través de las sesiones, por lo que se infiere no era constante en su tratamiento; se detectó una reducción en dos niveles el grado de depresión al momento en que abandonó el tratamiento, sin que se tenga la certeza de mantenerse en ese nivel dadas las fluctuaciones del estado de ánimo durante todo el proceso psicoterapéutico.

El C-9 tenía un TD, y, aun así, disminuyó un nivel de grave a moderado al momento que dejó de asistir, y en el seguimiento, estaba más estable en un nivel de depresión leve. El C-10, llegó con un Trastorno Depresivo Mayor, que, aunque estaba en remisión parcial, se encontraba en un nivel de gravedad moderada. Cuando abandonó el tratamiento, lo hizo en un estado de depresión grave. Esto fue el resultado, por un lado, del diagnóstico que recibió de cáncer de mama, por otro, el no haber podido reestablecer la relación de pareja con su esposo, y no contar con su apoyo emocional a partir del diagnóstico; situación que la lastimó mucho más de lo que ella podía manejar, hundiéndose nuevamente en la depresión.



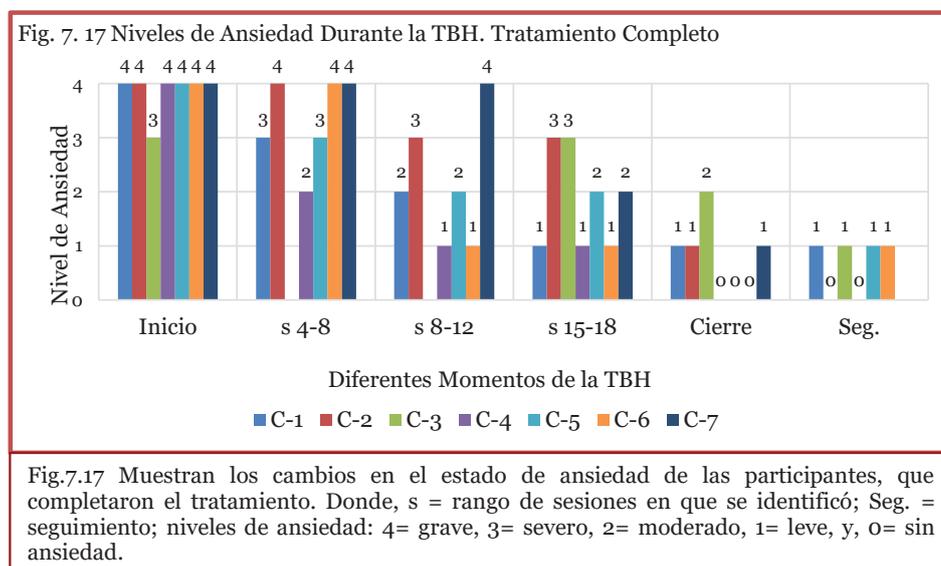
Figuras 7.15 y 7.16 Muestran los cambios en el estado de ánimo de las participantes, que no completaron el tratamiento o no lo recibieron, respectivamente. Donde s= rango de las sesiones en donde se identificó, y, Seg. = seguimiento; niveles de depresión: 4= grave, 3= severo, 2= moderado, 1= leve, y 0= sin depresión.

La figura 7.16, muestra los dos casos control, donde se aprecia que no hubo cambios significativos, se movieron de grave a severo, y de severo a grave, C-11 y C-12, respectivamente.

Así, se observa que los cambios más significativos en el estado de ánimo son en las mujeres que accedieron a todo el tratamiento. Un poco en las mujeres que accedieron a una parte del tratamiento, especialmente el C-9 fue en la que tuvo mayor efecto la TBH, pese al trastorno que presentaba. Esto se relaciona a algunos factores. Uno, era la de mayor escolaridad con la mitad de una carrera universitaria, pues se ha visto, que

las mujeres maltratadas son, mayormente, de poca educación académica (Labrador et al., 2010). Dos, menos antecedentes de violencia en la infancia, en comparación a casi todos los otros casos; y tres, experimentaba, dos tipos de violencia proveniente de la pareja, los cuales, uno era inicialmente leve, y desapareció en el transcurso de las siete primeras sesiones, y el otro, aunque al inicio era en un nivel severo, disminuyó a un nivel leve en su última sesión, y al momento del seguimiento, prácticamente, ya no la había. En cambio, las otras dos que no continuaron, tenían circunstancias mucho más difíciles, además de menor educación, y dos tipos de violencia ejercida por la pareja, psicológica y económica, en las que no hubo cambio, como se verá más adelante.

En la figura 7.17 se presentan las variaciones que hubo en las participantes que completaron el tratamiento de la TBH, respecto a los niveles de ansiedad.



Al inicio de la TBH, comenzaron con el nivel grave de ansiedad seis de las participantes de las cuales, dos cumplían con los criterios de TAG (C-4 y C-7) de acuerdo al DSM IV-TR; únicamente el C-3 presentaba un nivel

más abajo, severo. Conforme van avanzando las sesiones, va disminuyendo el nivel de ansiedad a un ritmo distinto en cada una de ellas. En el C-1, el efecto de la TBH en el nivel de ansiedad fue muy paulatino, hasta llegar a un nivel leve en el cierre, el cual se mantuvo en el seguimiento. En cambio, para el C-7, se mantuvo todavía en un nivel grave, entre las sesiones 8 a la 12, aun cuando ya no vivía violencia por parte de su pareja; el nivel de ansiedad continuó disminuyendo lentamente hacia el cierre de la TBH, a un nivel leve. Sin embargo, no se sabe si logró mantener este nivel o no, dado que no regresó al seguimiento.

La participante del C-2, tuvo fluctuaciones en el nivel de ansiedad, pero básicamente se mantuvo con un nivel severo, hasta las últimas sesiones y el cierre del tratamiento, cuando logró finalmente, el divorcio y vivir una vida libre de violencia. Lo cual, se mantuvo en el seguimiento.

La participante del C-4, fue la más beneficiada en los niveles de ansiedad, como efecto de la TBH, particularmente con el uso de la hipnosis, ya que no mostró síntoma alguno durante las últimas sesiones, dejando de presentarla por completo al momento del cierre, condición que se mantuvo en el seguimiento. Con lo que logra dejar de cumplir los criterios del TAG.

En las figuras 7.18 y 7.19, se presentan los casos de las participantes con tratamiento parcial, y las que no tuvieron tratamiento. Se observa que el nivel más bajo que alcanzaron fue un nivel moderado de ansiedad. De las que regresaron al seguimiento, el C-9, con tratamiento parcial, se manifestó con el mismo nivel, moderado. Lo cual es ventajoso en el sentido de no estar tan elevado y alcanzar algo de estabilidad. El C-10 aumentó el nivel de ansiedad, debido a todas las circunstancias que estaba afrontando al momento de abandonar el tratamiento.

De las dos que no recibieron el tratamiento, el C-11, quien recibió algunas sesiones de psicoeducación disminuyó un nivel de ansiedad, sin embargo, aumentó nuevamente, en el seguimiento. Mientras que el C-12,

quien no recibió nada de tratamiento, hubo un cambio negativo en el nivel de ansiedad, llegando a un nivel grave.

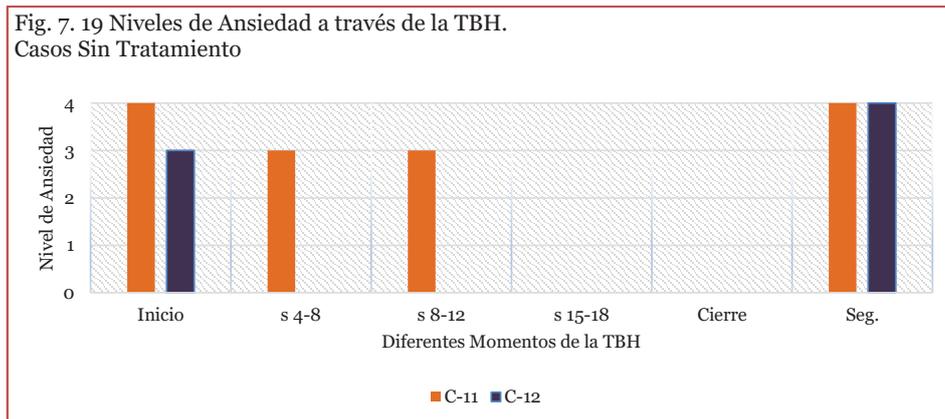
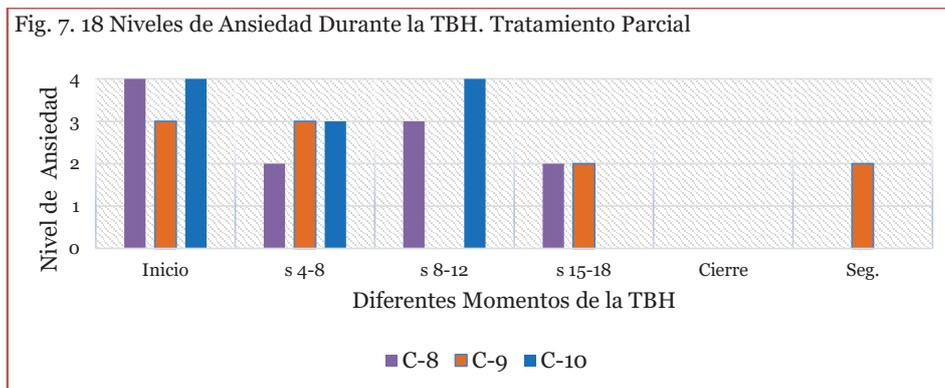


Fig.7.18 y 7.19 Muestran los cambios en el estado de ansiedad de las participantes, que no completaron el tratamiento o no lo recibieron, respectivamente. Donde, s = rango de sesiones en que se identificó; Seg. = seguimiento; niveles de ansiedad: 4= grave, 3= severo, 2= moderado, 1= leve, y, 0= sin ansiedad.

La figura 7.20, incluye la comparación del avance en otros síntomas que presentaban las participantes y cómo fueron cambiando conforme avanzaban en el tratamiento. Se especifican aquellos casos que presentaban un nivel mínimo de moderado, hasta un nivel grave, a menos que al momento del seguimiento hubiera un cambio muy marcado.

El primer síntoma, apariencia avejentada, indica un avejantamiento hasta por 10 años más, en comparación a la edad cronológica (color rojo

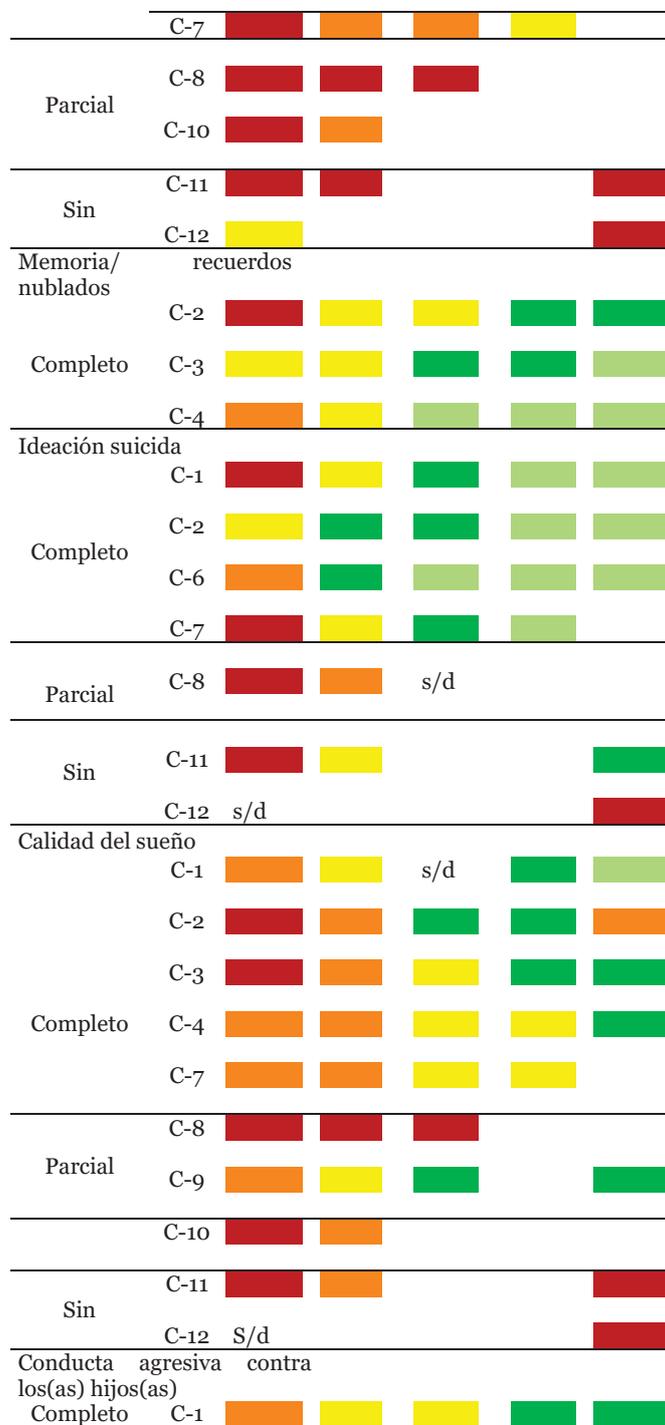
intenso), donde podemos apreciar que las mujeres que completaron el tratamiento pudieron llegar a tener una apariencia casi igual a la cronológica (color verde oscuro), mientras que las que obtuvieron parte del tratamiento o nada, no tuvieron ningún avance en este sentido.

El segundo síntoma, cansancio, casi todas llegaron en un nivel grave, al inicio, excepto el C-5 (severo) y el C-12 (moderado). Al final del tratamiento, los casos que lo completaron, cinco casos se observaron sin este síntoma de cansancio (C-1, C-2, C-4, C-5, C-6), excepto el C-3 que alcanzó un nivel leve, y el C-7 que llegó a un nivel moderado. Tanto en las de tratamiento parcial o sin tratamiento, no hubo ninguna mejoría.

Figura 7.20 Progresión de síntomas a través de la TBH

Síntomas		Casos	Inicio	s 8-12	s 14-18	c/p ev	seg
Apariencia avejentada	Completo	C-2	■	■	■	■	■
		C-3	■	■	■	■	■
		C-4	■	■	■	■	■
		C-5	■	■	■	■	■
		C-7	■	■	■	■	
	Parcial	C-8	■	■	■		
		C-10	■	■			
	Sin	C-11	■	■			■
		C-12	■				■
	Cansancio, agotamiento	Completo	C-1	■	■	■	■
C-2			■	■	■	■	■
C-3			■	■	■	■	■
C-4		■	■	■	■	■	
C-5		■	■	■	■	■	
C-6		■	■	■	■	■	

Continuación Figura 7.20



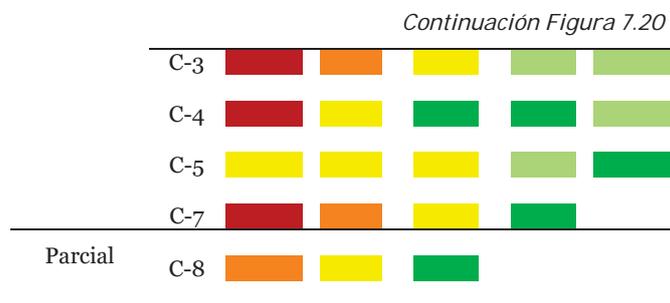


Figura 7.20 Muestra el síntoma en revisión, el nivel que alcanzaron cada caso en el transcurso de la TBH. Se presenta cómo estaban al inicio, entre la sesión (s) 8 y 12, después cómo estaban entre la sesión 14 y 18, posteriormente en qué estado cerraron el proceso, en caso de haberlo hecho, o en donde se quedaron (c/p ev). Se agrega finalmente, cómo estaban al momento del seguimiento (seg). Donde cada color indica el nivel de gravedad conforme avanza en su tratamiento; s/d= sin detectar en esa sesión.

Grave ■ Severo ■ Moderado ■ Leve ■ Sin síntoma ■

En el seguimiento, se identificó un leve retroceso, de cinco casos en un nivel leve, permaneciendo sin este síntoma únicamente la C-6. Tanto en las de tratamiento parcial o sin tratamiento, no hubo ninguna mejoría.

En el caso de la memoria y los recuerdos, solo tres casos presentaron dificultad, cada una en diferente grado. Al completar el tratamiento, una siguió teniendo algo de dificultad (nivel leve), y las otras dos ya no presentaron ese síntoma.

Otro síntoma fue la ideación suicida en cinco mujeres, en diferente nivel de gravedad. Las que completaron el tratamiento, al cierre ya habían dejado de presentarlo, y así se mantuvo en el seguimiento. Otro caso, con este síntoma fue el C-11, quien no recibió el tratamiento, y al momento del seguimiento, manifestó un nivel leve de este síntoma. Recuperación que se atribuye al hecho de que iba a ser abuela, y esto la hizo, en buena medida, entusiasmarse nuevamente por la vida. En el C-12, durante la evaluación inicial, no se detectó este síntoma, sin embargo, en el seguimiento estaba aturdida con este tipo de pensamientos, por las condiciones prevalecientes

en su existencia, como no haber superado la viudez de su segunda pareja, la separación de la tercera, el rechazo y hostilidad de sus hermanos, y encontrarse sin trabajo.

En cuanto a la calidad de sueño, antes del tratamiento, cinco presentaban un nivel grave (C-2, C-3, C-8, C-10 y C-11), y cuatro un nivel severo (C-1, C-4, C-7 y C-9).

Tres de las que concluyeron el tratamiento, al momento del cierre, habían restablecido bastante su calidad de sueño (C-1, C-2 y C-3) al llegar a un nivel leve, y dos más, llegaron a un nivel moderado (C-4 y C-7); al momento del seguimiento, una había dejado de presentar este síntoma (C-1), otras dos mostraron este síntoma en un nivel leve (C-3 y C-4) y el C-2, regresó a nivel severo, pese a ya no vivir violencia. Entre las que no completaron el tratamiento o no accedieron a este, solo el C-9 tuvo buena recuperación, llegando en el seguimiento a un nivel leve.

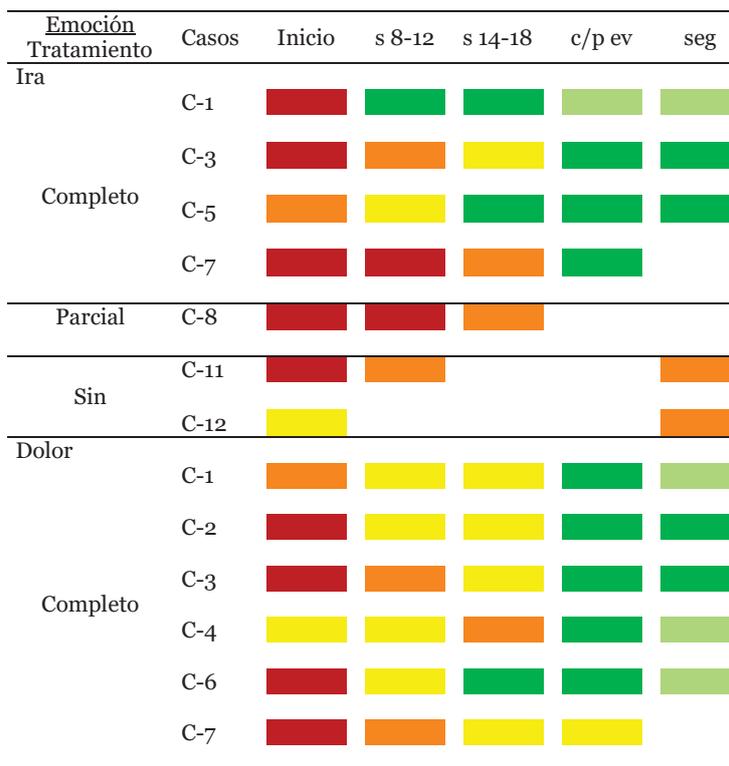
Un síntoma más, en que algunas de ellas, precisamente por su interés en esta situación es que acudieron al tratamiento, es la agresión que ejercían contra su/s hijo/s o hija/as. Entre las que completaron el tratamiento hubo mejoras significativas en los cinco casos (C-1, C-3, C-4, C-5 y C-7) que presentaban esta conducta. Incluso dos participantes (C-3 y C-5) dejaron completamente de maltratar a sus hijos. Al momento del seguimiento una se mantuvo de esta forma (C-3) y llegó otra más, a estar libre de este síntoma (C-4), mientras las otras dos se mantuvieron en un nivel leve, que ya es significativo en sí mismo. De los casos que no terminaron el tratamiento o no accedieron a él, solo el C-8 presentaba este síntoma; llegó en un nivel severo, y abandonó el tratamiento cuando alcanzó un nivel leve, es decir, dos niveles abajo, lo cual es significativo.

En cuanto a las emociones, ya se presentó anteriormente la transición de la depresión y la ansiedad, por lo que, en la Figura 7.21 se muestra la progresión de otras emociones negativas, que presentaron las participantes. Están representadas aquellas que mostraban esa emoción al

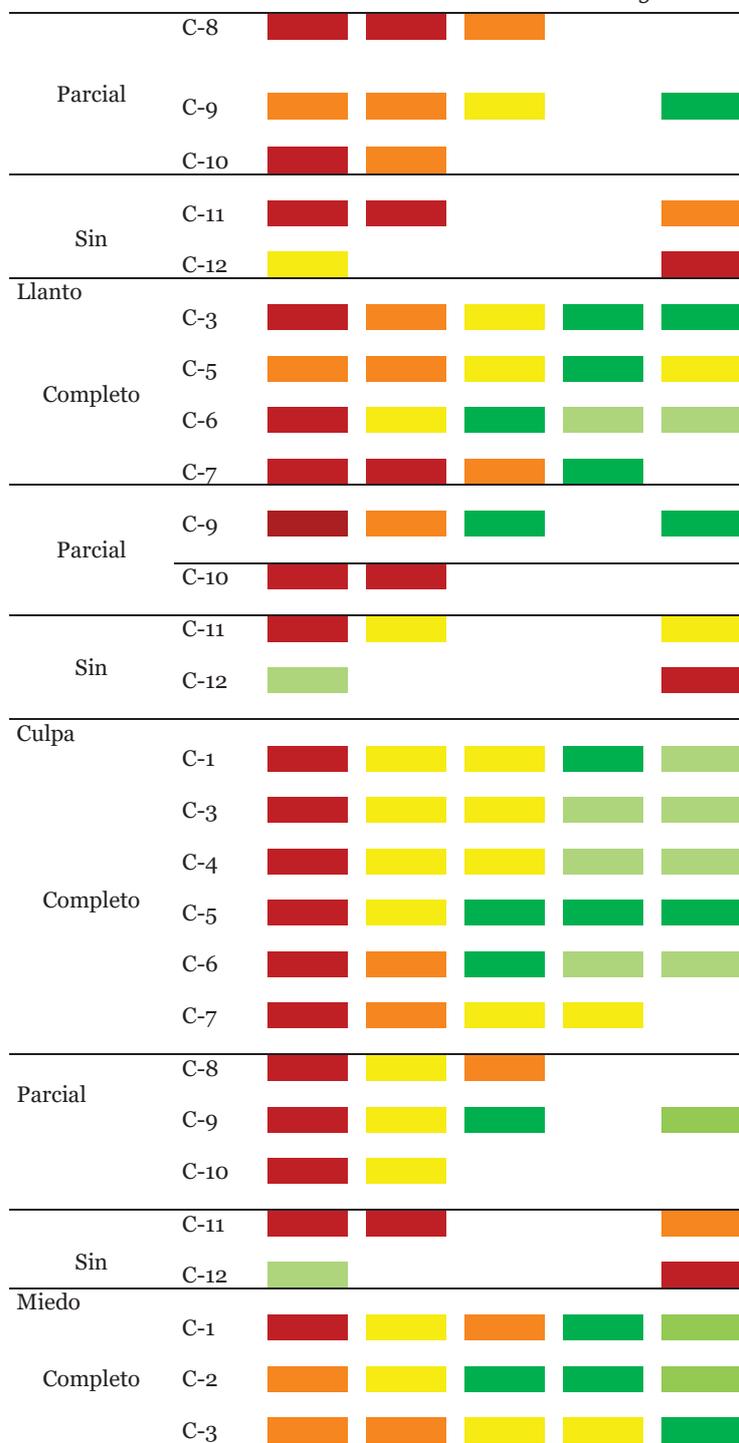
inicio por lo menos en un nivel moderado, a menos que al momento del seguimiento hubiera un cambio muy marcado, como es el llanto en el C-12, que al inicio no lo hubo y al momento del seguimiento, lloró durante toda la entrevista.

Se puede apreciar que las emociones negativas progresaron muy bien en las participantes que completaron el tratamiento, a excepción del C-7, que, al momento del cierre, todavía presentaba un nivel moderado en cuanto al dolor, culpa y dependencia emocional. De las que regresaron al seguimiento, se mantuvieron sin esa emoción o la declararon en un nivel leve, a excepción del C-5, que regresó en un nivel moderado en la frecuencia de llanto, miedo y dependencia emocional.

Figura 7.21 Progresión de las Distintas Emociones Negativas a través de la TBH



Continuación Figura 7.21



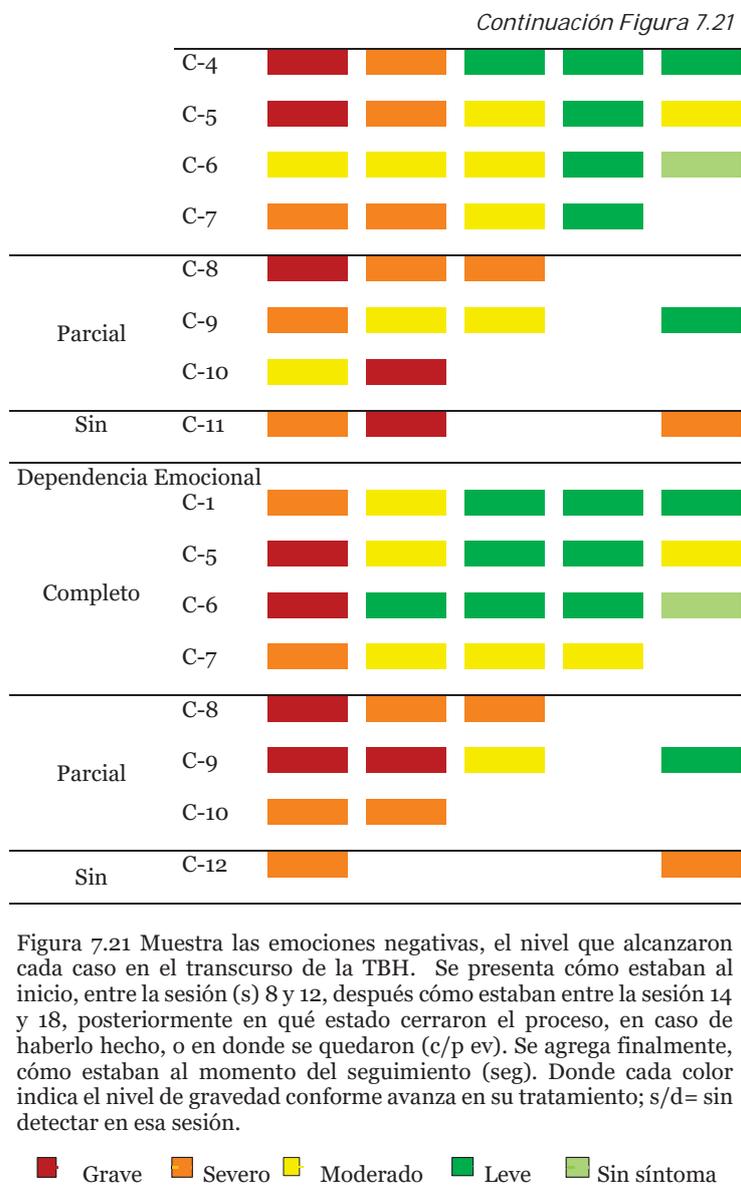


Figura 7.21 Muestra las emociones negativas, el nivel que alcanzaron cada caso en el transcurso de la TBH. Se presenta cómo estaban al inicio, entre la sesión (s) 8 y 12, después cómo estaban entre la sesión 14 y 18, posteriormente en qué estado cerraron el proceso, en caso de haberlo hecho, o en donde se quedaron (c/p ev). Se agrega finalmente, cómo estaban al momento del seguimiento (seg). Donde cada color indica el nivel de gravedad conforme avanza en su tratamiento; s/d= sin detectar en esa sesión.

Entre las que accedieron parcialmente al tratamiento no hubo cambios significativos, siendo el C-9 la participante con más avances. El nivel de dolor pasó de severo a moderado en el cierre, y a leve en el seguimiento; el llanto pasó de severo a leve, manteniéndose así en el seguimiento; en el nivel de culpa, también mostró una mejoría de grave a

leve, y al momento del seguimiento ya lo había eliminado. De la misma forma, este caso (9) mejoró el nivel de miedo y dependencia emocional, que habían llegado a un nivel moderado hasta el momento que asistió al tratamiento, y alcanzó un nivel leve en el seguimiento. Resultados que se reflejaron en la seguridad que adquirió durante y después del tratamiento.

El C-8 y C-10, no mostraron diferencias significativas en ninguna de estas emociones. En las participantes sin tratamiento, el C-11, tuvo una mejoría ligera en el nivel de dolor, culpa y miedo, que pasaron de grave a severo. En el C-12, no solo no hubo avances sino empeoramiento en algunas de estas emociones. Como en el dolor que aumentó de nivel moderado a grave, al igual que el llanto y sentimiento de culpa, pasaron de un nivel leve a uno grave.

De este modo, se observa el progreso de las participantes que completaron el tratamiento, en cuanto a la reducción significativa o eliminación de síntomas, y la mejoría en sus emociones, en comparación a las participantes con tratamiento parcial o sin este, que sus progresos fueron limitados o no los hubo.

De esta forma, al comparar las evaluaciones de síntomas y las emociones negativas, incluyendo la depresión y la ansiedad, de antes, durante y después del tratamiento, se observaron diferencias significativas en las mujeres que completaron el tratamiento. Donde es notorio que algunas eliminaron el síntoma, o lo redujeron. Cuando lo redujeron, la mayoría de los casos, quedaron en un nivel leve, con excepción del C-5, que, en algunos aspectos evaluados, regresó a un nivel moderado, al momento del seguimiento.

Como es igualmente notorio, las mujeres que tuvieron un acceso parcial a la TBH, o no lo tuvieron, alcanzaron cambios ligeros, se mantuvieron sin cambio, o en lo peor de las circunstancias, empeoraron, con excepción, como se mencionó anteriormente, el C-9, quien tuvo alcances significativos.

Así pues, las comparaciones entre las tres condiciones, tratamiento completo, acceso parcial al tratamiento y sin tratamiento, aportan información que apoyan las hipótesis predictivas, en que serían más altos los alcances de las mujeres que completaran el tratamiento que las que no lo hicieran.

La Tabla 30 muestra una comparación del diagnóstico del TEPT, de antes y después del tratamiento de la TBH, de las mujeres con tratamiento completo, parcial y sin tratamiento. En la última columna a la derecha de la tabla, se muestran si cumplían o no con los criterios del diagnóstico del TEPT antes, y enseguida, después del tratamiento de la TBH. El después se evaluó en el cierre y si se había mantenido así, en las seis que regresaron a seguimiento.

De las siete mujeres que completaron el tratamiento, seis cumplían los criterios del TEPT; y, las seis que lo presentaban, dejaron de cumplir los criterios después de la TBH, sin embargo, hay tres casos más exitosos (C-1, C-5 y C-6) en que, prácticamente superaron todos los síntomas, a diferencias de los otros tres casos (C-2, C-3, y C-7), que si bien, presentaban algunos de los síntomas, era con menos intensidad.

De las tres mujeres con tratamiento parcial, dos (C-8 y C-10) cumplían con los criterios del TEPT. En el primer caso (C-8) hubo una ligera mejoría, mientras que en el C-10, empeoró por los sucesos ya comentados. En cambio, los que no recibieron tratamiento (C-11 y C-12), en el primer caso (C-11), hubo una ligera mejoría en el número de síntomas, los cuales, disminuyeron en intensidad; a diferencia del segundo caso (C-12) en que aumentaron los síntomas y se intensificaron.

Tabla 30

Comparación diagnóstica del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (DSM-IV-TR) antes y después del tratamiento de la TBH de Mujeres Maltratadas por la Pareja

Casos	Criterios para el diagnóstico del TEPT						Diagnóstico	
	A.	B.	C.	D.	E.	F.		
<b>Tratamiento completo</b>								
C-1	Antes	2	2	3	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	0	0	0	o	0	Sin/TEPT
C-2	Antes	2	3	3	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	1	0	1	D +	0	Sin/ TEPT
C-3	Antes	2	1	3	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	0	1	1	D +	1	Sin/ TEPT
C-4	Antes	1	1	0	2	D +	1	Sin/TEPT
	Después	0	0	0	1	D +		Sin/TEPT
C-5	Antes	2	1	3	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	0	0	0	o	1	Sin/ TEPT
C-6	Antes	2	2	4	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	0	0	0	o	0	Sin/ TEPT
C-7	Antes	2	2	4	4	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	0	2	2	C, D -	1	Sin/ TEPT
<b>Tratamiento parcial</b>								
C-8	Antes	2	1	3	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	1	1	3	2	B, C, D +	2	TEPT
C-9	Antes	1	1	3	1	B, C, D +	0	Sin/TEPT
	Después	0	0	1	0	C +	1	Sin/TEPT
C-10	Antes	1	1	3	3	B, C, D +	1	TEPT
	Después	2	2	3	3	B, C, D +	2	TEPT
<b>Sin Tratamiento</b>								
C-11	Antes	2	2	3	3	B, C, D +	2	TEPT
	Después	0	1	3	2	B, C, D +	1	TEPT
C-12	Antes	2	1	3	2	B, C, D +	1	TEPT
	Después	1	3	3	3	B, C, D +	2	TEPT
<b>Criterios</b>							<b>Cantidad síntomas</b>	
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático							2	
B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente							1 o más	
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo.							3 o más	
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación.							2 o más	
E. Criterios B, C y D, temporalidad,							por más de un mes = +; por menos de un mes = -	
F. Malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas							2 (ambos)	

Los casos que no presentaron TEPT, tenían otro/s diagnóstico/s (C-4 y C-9). La primera presentaba el TAG, que después del tratamiento, si bien dejó de cumplir los criterios de este diagnóstico, algunos de los síntomas aún presentes, eran en una intensidad realmente baja. En cambio, el segundo caso (C-9), diagnosticada al inicio del tratamiento con el TD, y TDP, se siguieron manifestando ambos, pese a haber mejorado sus síntomas, lo cual benefició su calidad de vida.

En algunas de las mujeres que presentaron el TEPT, también presentaron otros diagnósticos. Dos (C-5 y C-6), padecían, al igual que el C-9, el TDP, con resultados distintos después del tratamiento; el C-5, si bien, manifestó cambios en la frecuencia e intensidad, sigue presentando este trastorno; no así, la C-6, que dejó de presentar algunos de los síntomas de este trastorno, por lo que, queda eximida de este diagnóstico, si bien seguía manifestando con menor frecuencia e intensidad algunas conductas dependientes al momento del cierre y del seguimiento.

De esta forma, el análisis sobre síntomas y emociones negativas, apoya la probable efectividad de la TBH, debido a la disminución, y en algunos casos la eliminación, de sus síntomas y emociones negativas, por lo que dejaron de cumplir los criterios del TEPT. Estos resultados son comparables a los encontrados en estudios previos, como los de Labrador et al. (2006) que fue efectivo para la reducción del TEPT en el 100% de la muestra, el de Labrador y Alonso (2007) que superaron el TEPT, en más del 85% de las participantes, así como la depresión, y otro estudio, de Labrador et al. (2009) en que obtuvieron un mejora significativa en la sintomatología postraumática, con lo que hubo una superación del TEPT en 80% de las mujeres, y el de Crespo y Arinero (2010) que alcanzaron una disminución de síntomas post traumáticos, depresivos y de ansiedad. Así como los estudios de caso, como el de Stapleton et al. (2007) que una mujer maltratada, a través de tratamiento de exposición, dejó de cumplir los criterios para TEPT. Asimismo, los estudios con hipnosis de Poon (2009) y

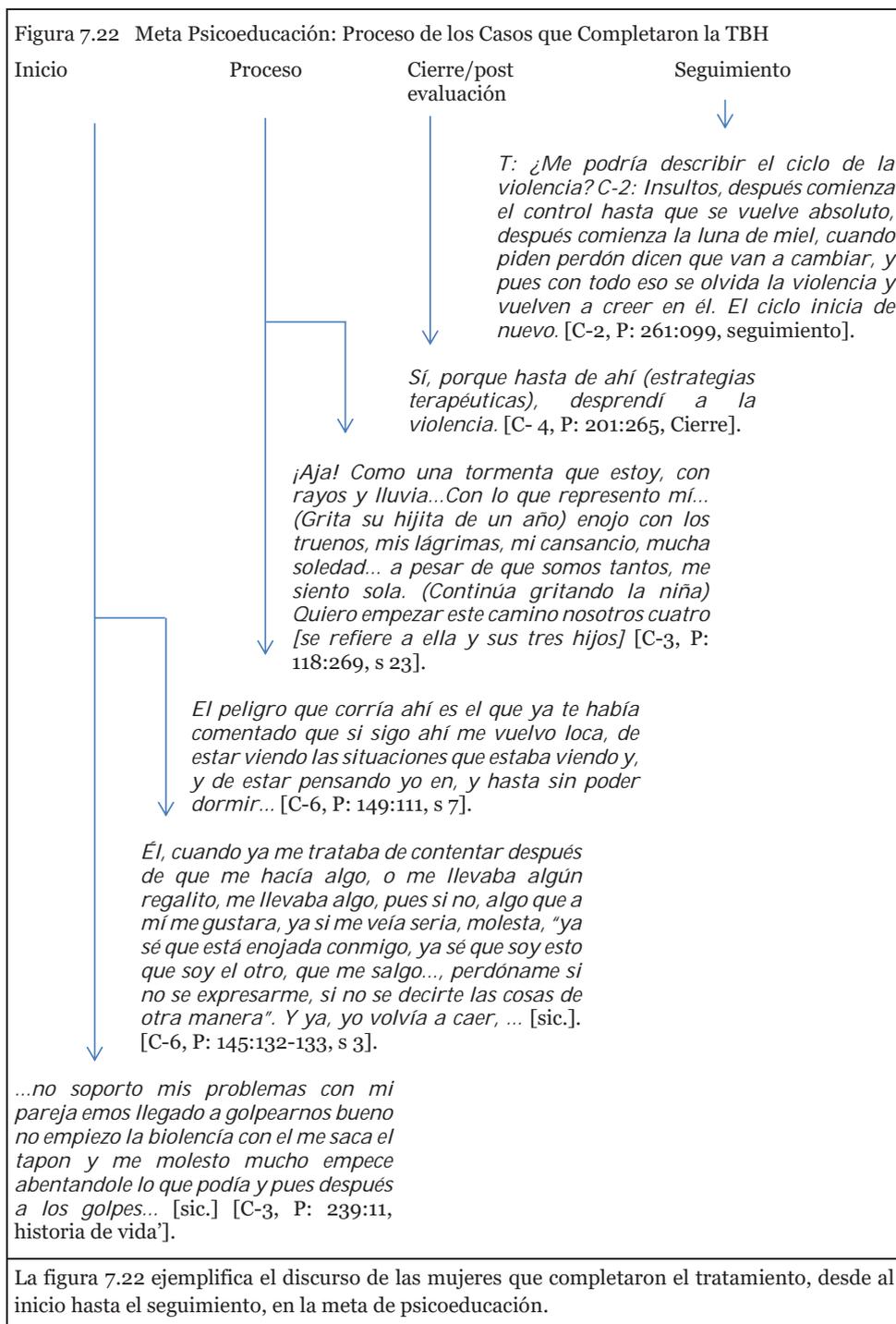
el de Kwan (2009) que disminuyeron los síntomas del trauma, que sugieren que la hipnosis es posiblemente eficaz como coadyuvante, en el tratamiento del TEPT que presentan la mayoría de las mujeres maltratadas por la pareja.

### **7.02.3 Comparación de casos: alcance de las metas.**

En relación al cumplimiento de las metas establecidas en el plan de tratamiento, a continuación, se presentan qué metas alcanzaron las participantes debido al tratamiento.

La primera meta es que aprendieran aspectos relacionados con la violencia en la pareja, como el ciclo de la violencia, los tipos de violencia, plan de seguridad, y cuál es la diferencia con las relaciones de pareja, saludables y equilibradas. Se fue detectando a lo largo de las diferentes fases del estudio, las aplicaciones de los diversos conocimientos sobre violencia en la pareja. La Figura 7.22 muestra el discurso de los casos que completaron el tratamiento, siguiendo una secuencia en los diferentes momentos del mismo. Comenzando desde la parte inferior izquierda de la figura, con el inicio, sube al proceso, cierre y post evaluación, hasta la parte superior derecha, el seguimiento.

Particularmente, en la entrevista de seguimiento se preguntó a las participantes si recordaban el ciclo de la violencia, y cómo consideraban que debían ser las relaciones de pareja. Los criterios para determinar que la participante había logrado la meta de psicoeducación fueron: si recordaban el ciclo de la violencia, en cuanto a las tres etapas, o lo aplicaran a la situación en la que vivían, o bien algún otro conocimiento acerca de la violencia en la pareja, así como los elementos positivos que consideraban para una relación de pareja.



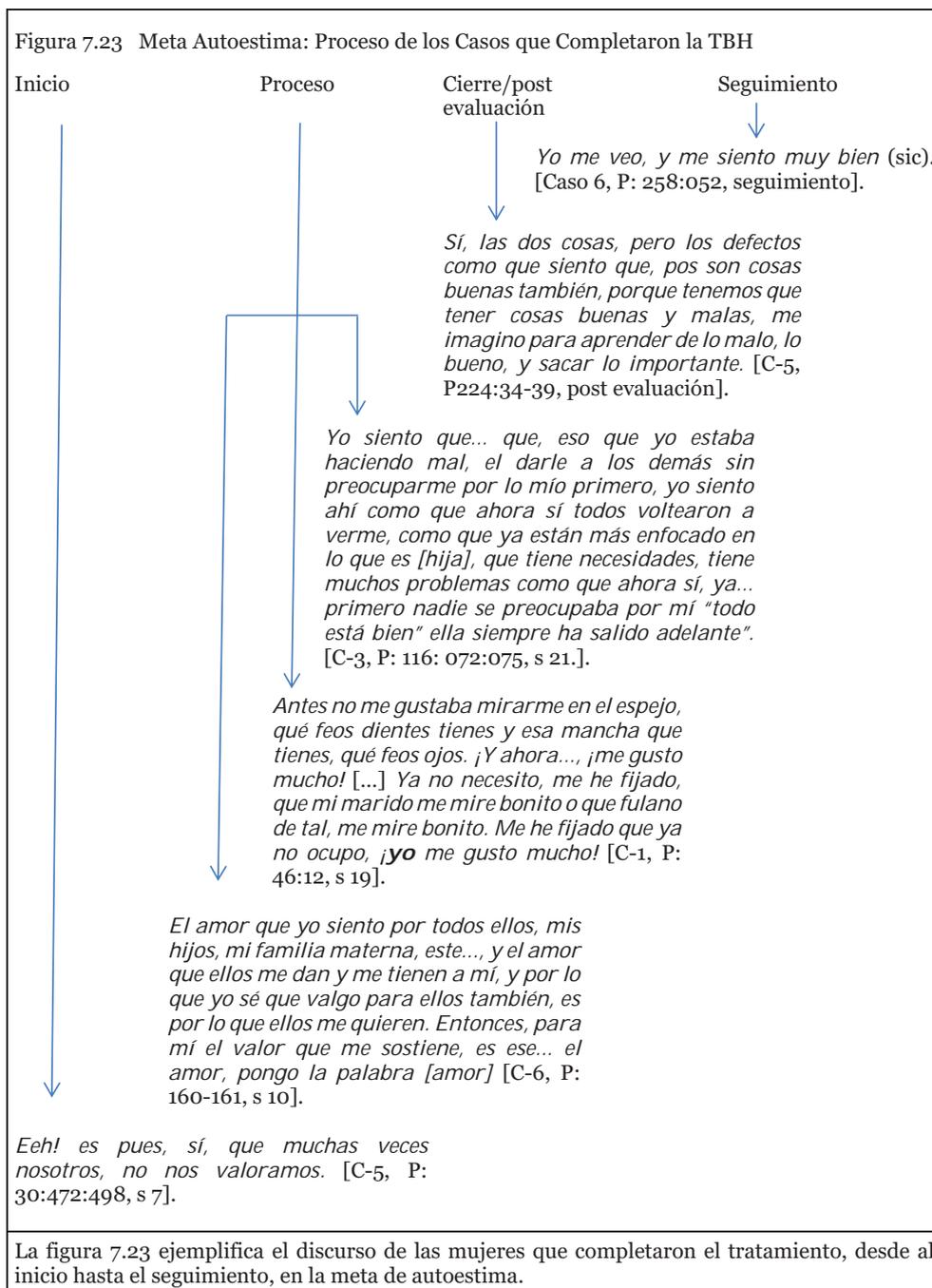
La escala utilizada fue: nivel 1- Negación de la violencia o desconocimiento/ NO conoce ningún aspecto de la violencia por parte de la pareja, en su relación de pareja o en cualquier otra a su alrededor.; nivel 2- básico: conocimiento o habilidades. (Ver anexo D, Tabla 7C).

Es decir, comienza a reflexionar sobre los aspectos de la violencia, reconoce alguno de los aspectos de la violencia, y/ o los aplica en su relación; nivel 3-medio: conocimientos y habilidades sobre violencia ejercida por la pareja (reconoce dos o tres de los aspectos de la violencia, y/o los aplica en su relación); y, nivel 4-avanzado: conocimientos y habilidades sobre violencia ejercida por la pareja (reconoce todos los aspectos, y los aplica en su relación de pareja). (Ver, Anexo C, Tabla 7C a Tabla 12C: Categorías temáticas de las metas).

Se observó que todas las participantes que completaron la TBH, alcanzaron esta meta óptimamente, mientras que las que no lo completaron, solo el C-9 alcanzó la meta, mientras que el C-8 alcanzó un nivel 2, y el C-10 un nivel 3. Sin tratamiento, el C-11, que accedió a la psicoeducación, también, alcanzó la meta óptimamente (n-4) (ver Anexo C, Tabla 7C).

### *Autoestima*

En cuanto a la evaluación de la autoestima, se aplicó la misma escala que para los estudios de caso, y se asignaron los niveles: nivel 1-muy baja, nivel 2-menos baja, nivel 3-algo fortalecida y, nivel 4-alta autoestima. (Ver Anexo C, Tabla 8C).



Al inicio del tratamiento, de las que lo completaron, cinco casos tenían muy baja autoestima (C-1, C-2, C-3, C-5, c-7), y dos mostraba una

autoestima menos baja (C-4 y C-6). Al momento del cierre, las siete mujeres alcanzaron una alta autoestima, que mantuvieron cuatro de ellas (C-1, C-2, C-3 y C-4) hasta el seguimiento. Dos casos (C-5 y C-6), regresaron a un nivel de autoestima algo fortalecida.

De las mujeres que accedieron parcialmente al tratamiento, dos de ellas (C-8 y C-10) aumentaron su autoestima en un nivel, de menos baja a algo fortalecida, y de muy baja a menos baja, respectivamente. En cambio, el C-9, elevó su autoestima dos niveles, de muy baja a algo fortalecida. Los casos sin tratamiento, el C-11, aumentó su autoestima un nivel, de muy baja a menos baja, y el C-12, permaneció sin cambio.

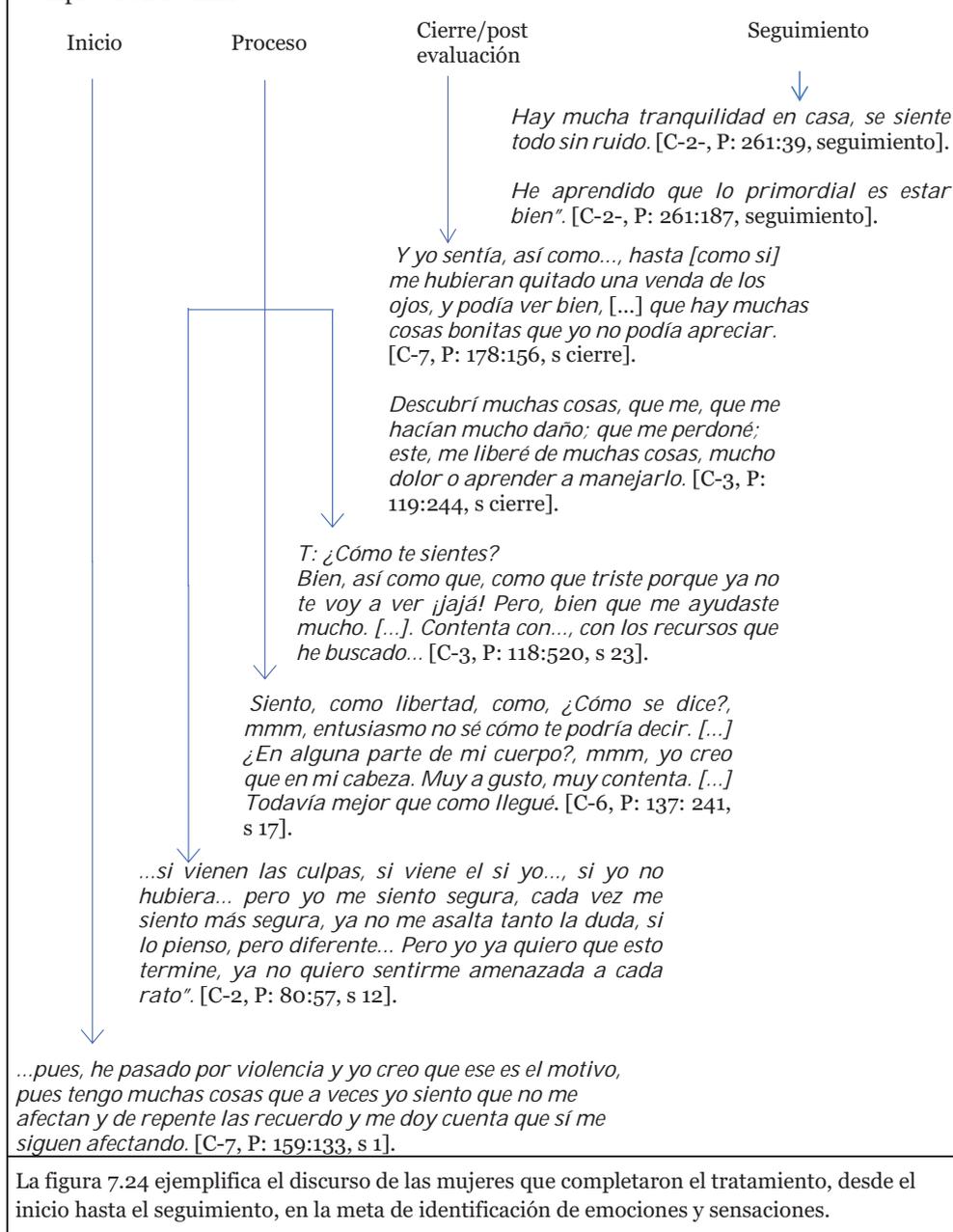
#### *Identificación de Emociones y Sensaciones*

La Figura 7.24 expone el discurso de las mujeres que completaron el tratamiento, acerca de la meta sobre la identificación de emociones y sensaciones.

En ella se puede apreciar la manera en que iban recobrando las emociones positivas, mientras que las negativas iban quedando atrás. Puesto que todas, antes del tratamiento expresaban varias emociones, principalmente negativas, tal y como se expuso en el apartado anterior, sobre síntomas y emociones negativas, más no de alegría o felicidad, o tranquilidad. Lo cual, es usual en personas que viven bajo estrés constante. Por lo que en esta meta era esencial que recobraran la expresión de algunas emociones positivas.

Para la identificación de sensaciones y emociones, fue importante que distinguieran las emociones que iban experimentando, integrándolo a su discurso, en lugar, de proporcionar las respuestas típicas de ¡bien!, o ¡mal! a la pregunta ¿cómo te sientes? Más bien, que las pudieran llamar por su nombre, distinguir una de otra, así como establecer el grado de intensidad. Por ejemplo, entre molestia, enojo, e ira.

Figura 7.24 Meta Identificación de Emociones y Sensaciones: Proceso de los Casos que Completaron la TBH



Es importante señalar, esta meta no se trataba de que dejaran por completo de experimentar emociones negativas, sino de reducirlas y aumentar la frecuencia de las emociones positivas.

Igualmente, era de esperarse que aprendieran a manejarlas, por ejemplo, al controlar sus impulsos cuando se sintieran muy enojadas, ya sea con la pareja o con los hijos. Además, perciben en su cuerpo las sensaciones que le provocaran las diferentes emociones, y las direccionan a recordar cómo se siente cuando se está contenta, alegre, tranquila, etc.

La escala para esta meta: nivel 1 (n-1) identifica solo emociones negativas; nivel 2 (n-2) identifica emociones negativas y pocas positivas; nivel 3 (n-3) identifica-reporta tantas emociones negativas como positivas; y, nivel 4 (n-4) identifica y reporta más emociones positivas que negativas (ver Anexo C, Tabla 9C).

Los resultados en esta meta de identificación de emociones y sensaciones, fueron muy positivos. Cinco de las participantes que completaron el tratamiento que habían iniciado con un n-1, (C-1, C-2, C-4, C-6 y C-7), alcanzaron a identificar y reportar más emociones positivas que negativas al cierre de la TBH. Es decir, llegaron del n-1, al óptimo n-4. De las cuales, cuatro conservaron este nivel al momento del seguimiento, al igual que el C-3, que en el cierre solo había alcanzado el n-3. La otra participante (C-5) que inició la TBH con un n-2, cerró, como la mayoría, en el n-4 (identificando y reportando más emociones positivas que negativas), pero no se mantuvo en ese nivel en el seguimiento, quedando así, en el n-3. Lo que ya es significativo.

Para los casos con tratamiento parcial, el C-8 y el C-9, avanzaron en esta meta, dos niveles, de identificar solo emociones negativas a identificar y reportar tantas emociones negativas como positivas, es decir, del nivel 1 al 3. La participante del C-10, había avanzado esos mismos dos niveles, del n-1 al n-3, pero, en su última sesión, dadas sus condiciones de salud y de relación de pareja, regresó al n-1. De las dos mujeres sin tratamiento, o

casos control, el C-11, avanzó un nivel (n-1 al n-2), y el otro, (C-12) permaneció como había sido evaluada al inicio (n-1).

### *Límites Personales*

En esta meta se buscaba que pudieran diferenciarse de los demás, distinguir sus necesidades de la de los demás, no permitir la transgresión de los derechos personales, de otros hacia ella, ni de ella hacia los demás.

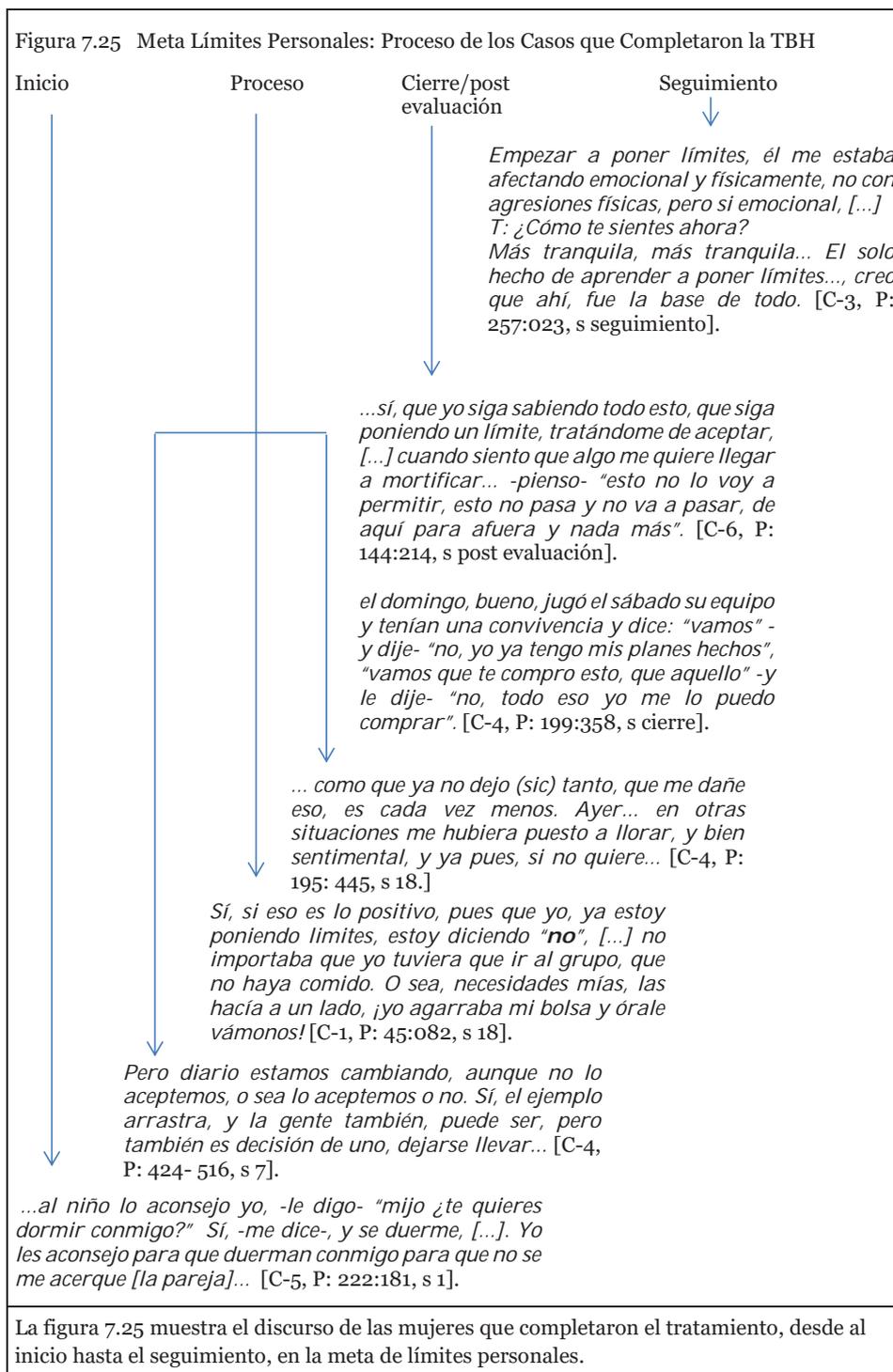
La escala fue: nivel 1 (n-1) muy difusos y rígidos; nivel 2 (n-2) menos difusos y menos rígidos; nivel 3 (n-3) algo claros y algo flexibles; nivel 4 (n-4) claros y flexibles (ver Anexo C, Tabla 10C).

La figura 7.25 muestra el discurso de las mujeres que completaron el tratamiento, desde al inicio hasta el seguimiento, en la meta de límites personales.

En esta meta, también, hubo resultados muy positivos en las mujeres que completaron la TBH. Cinco de ellas llegaron al tratamiento con límites personales muy difusos y rígidos (n-1) (C-2, C-3, C-4, C-6 y C-7), y dos mujeres (C-1 y C-5) habían llegado con límites personales en un nivel 2. Al cierre de la TBH, seis (C-1, C-2, C-3, C-4, C-5 y C-6) llegaron al nivel 4, límites claros y flexibles, que conservaron al momento del seguimiento. La séptima mujer (C-7), alcanzó al momento del cierre, un nivel 3.

De las mujeres con tratamiento parcial, dos (C-8 y C-10) comenzaron en el n-1, y cuando abandonaron el tratamiento, habían llegado al n-3. Es decir, avanzaron dos niveles. La otra participante (C-9), comenzó en el n-2, cuando abandonó había alcanzado el nivel esperado (n-4), sin embargo, en el seguimiento había retrocedido un nivel (n-3).

De las mujeres sin tratamiento, el C-11, del inicio al seguimiento, avanzó dos niveles (n-1 al n3), mientras que el C-12, permaneció en el mismo nivel. Recordemos que la C-11 tuvo sesiones de psicoeducación, además de haber cambiado su estado civil, al conseguir el divorcio.



En cambio, la C-12, aun estando separada, sus límites personales difusos y rígidos, se manifiestan desde y hacia toda su familia.

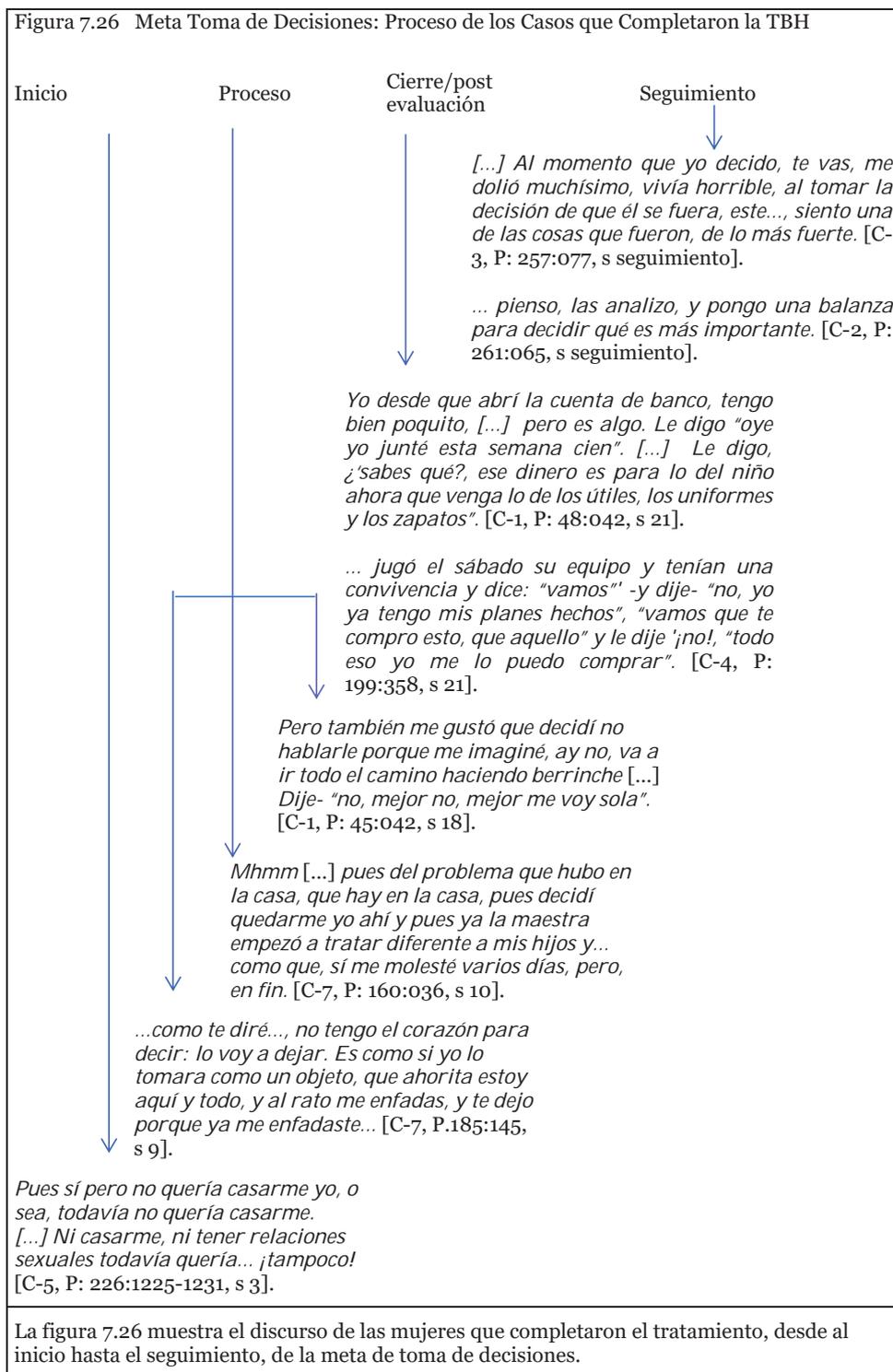
### *Toma de decisiones*

Un criterio para determinar su aprendizaje, en la toma de decisiones, fue observar en su discurso el planteamiento de alternativas y la explicación de por qué hacerlo de una u otra manera, y la aceptación de su responsabilidad en las consecuencias de la misma, especialmente, en correspondencia a su relación de pareja.

La escala fue: n-1, nula o inadecuada toma de decisiones; n-2, toma de decisiones con algo de dificultad; n-3, toma de decisiones algo asertiva con noción de sus consecuencias; n-4, toma de decisiones asertiva y consciente de sus consecuencias (ver Anexo C, Tabla 11C).

Entre las mujeres que completaron el tratamiento, cuatro iniciaron en un n-1, (C-2, C-3, C-5 y C-7), dos (C-4 y C-6) en un n-2, y otra (C-1) inició en el n-3. De las cuales, cinco (C-1, C-2, C-4, C-5 y C-6), cerraron su proceso terapéutico en un n-4, y dos lo hicieron en el nivel 3 (C-3 y C-7). Y entre las seis que regresaron al seguimiento, tres de ellas (C-1, C-2, y C-4), mantuvieron el n-4, una más lo manifestó hasta ese momento (C-3). Las otras dos que regresaron al seguimiento (C-5 y C-6), se identificó que retrocedieron al nivel 3. En la Figura 7.26 se exponen partes del discurso de las mujeres que completaron el tratamiento, en los distintos momentos de la TBH, acerca de la meta toma de decisiones.

De las participantes con tratamiento parcial, las tres comenzaron en un n-1, (C-8, C-9 y C-10), de las cuales, dos dejaron el tratamiento en un n-3 (C-8 y C-9), mientras que la tercera, lo abandonó en un n-2. En cuanto a las que accedieron a una parte del tratamiento, el C-9, regresó al seguimiento en un n-4.



De los casos control (C-11 y C-12), una (C-11) inició en un n-3, lo abandonó en el mismo nivel, pero al momento del seguimiento, se observó un retroceso a un n-2. La otra participante (C-12), se le había evaluado en la fase I, en un n-2, pero igual que en otras metas, retrocedió a un n-1. De los casos control (C-11 y C-12), una (C-11) inició en un n-3, lo abandonó en el mismo nivel, pero al momento del seguimiento, se observó un retroceso a un n-2. La otra participante (C-12), se le había evaluado en la fase I, en un n-2, pero igual que en otras metas, retrocedió a un n-1.

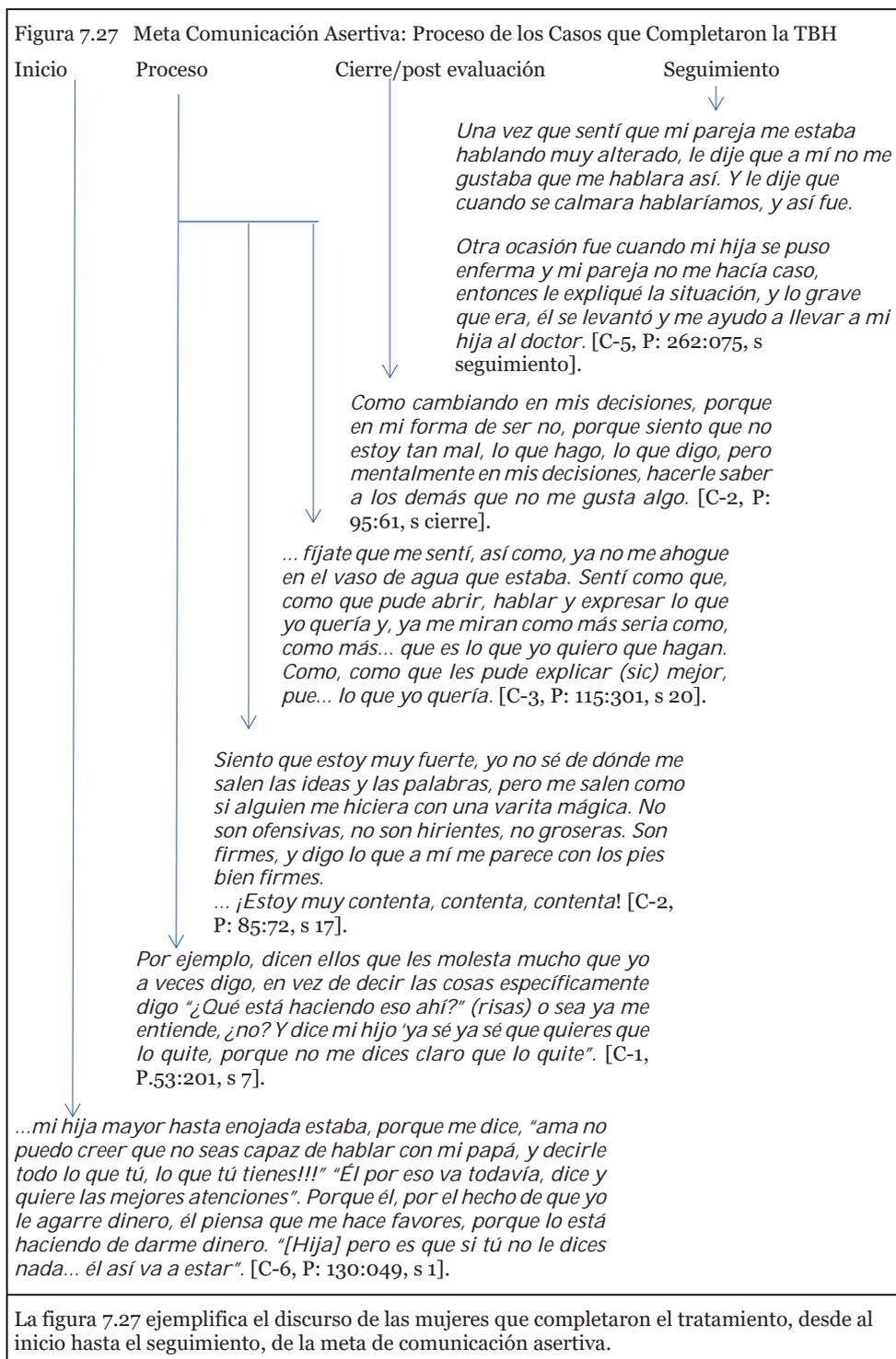
#### *Comunicación asertiva*

En cuanto a la comunicación, se esperaba que aprendieran a comunicarse asertivamente, una vez que hubieran distinguido sus propias necesidades, deseos y derechos.

Al igual que las cinco metas previas, se estableció una escala para determinar en qué estado habían iniciado y en qué medida habían alcanzado o no, la meta. La escala fue: n-1, no comunicación o comunicación difusa; n-2, comunicación menos difusa; n-3, comunicación algo asertiva, y; n-4, comunicación asertiva.

Los resultados alcanzados en esta meta, fueron igualmente, efectivos en las mujeres que completaron el tratamiento. Cuatro mujeres comenzaron en el n-1 (C-2, C-5, C-6 y C-7), y cerraron el proceso terapéutico en un n-4 (comunicación asertiva). Mismo que mantuvieron tres de ellas que regresaron al seguimiento (C-2, C-5 y C-6). Los tres restantes (C-1, C-3 y C-4) comenzaron con un n-2, y cerraron en un n-3, y al momento del seguimiento, una (C-3) permaneció en este nivel, mientras que las otras dos (C-1 y C-4), alcanzaron el n-4.

La Figura 7.27, muestra algunos fragmentos referentes a la meta de comunicación asertiva, del inicio de la TBH al seguimiento, de las mujeres que completaron el tratamiento.



En cambio, las que accedieron parcialmente al tratamiento, dos comenzaron en un n-1 (C-8 y C-10), y cuando abandonaron el tratamiento, una alcanzó un n-3 (C-10), y la otra, (C-8) se interpretó en un n-2. La tercera mujer (C-9), al igual que en las otras metas, alcanzó un mejor nivel que las otras dos. Al inicio se encontraba en un n-2, y dejó el tratamiento en un n-3, mismo que mantuvo cuando regreso al seguimiento.

En los casos control, se observó en la participante que obtuvo al menos la parte de psicoeducación (C-11), un progreso de dos niveles (del n-1 al n-3), mientras que en la que solo fue evaluada (C-12), no se observó cambio alguno en su comunicación, manteniéndose en el n- 1.

El presente apartado sobre el alcance de las metas, demostró la adquisición de habilidades y recursos personales que pueden fungir como factores protectores contra la violencia ejercida por la pareja. Lo cual puede ser de suma relevancia en esta área tan poco explorada, en el sentido de saber qué factores llevan a una mujer que ha sido maltratada por su pareja, a recuperarse, independientemente de si han tenido o no tratamiento.

Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias, y Humphreys (2005) encontraron que, a mayor espiritualidad, mayores niveles de resiliencia, y menos aflicciones. El presente estudio no se enfocó en la resiliencia, sin embargo, se observó durante las diferentes fases, que las mujeres que culminaron el tratamiento, habían reorganizado su vida con una mejor calidad, a partir de las habilidades conquistadas, afrontando mejor las circunstancias que les iba presentando la vida.

De esta forma, ambos apartados, el de síntomas y emociones negativas, así como el de las metas alcanzadas, muestran una evolución, mayormente en las que completaron el tratamiento, y una más, que accedió parcialmente a este (C-9). Aparentemente se liberan de síntomas, diagnósticos, recuperan, la mayoría, su autoestima, y adquieren otras habilidades, que presumiblemente, las protegen contra la violencia ejercida por la pareja.

#### **7.02.4 Reducción o eliminación de la violencia.**

En el presente apartado, se expondrá de qué manera los factores presentados en los dos apartados anteriores son la antesala para romper con el ciclo de la violencia. Además, de analizar la relación con otras variables influyentes en la conclusión de la violencia.

Estas variables de alguna manera ya plasmadas en los estudios de caso, aquí se integran para observar la interrelación.

Una de esas variables son las redes de apoyo. Se dividieron en tres tipos de redes, familiar que comprende a toda la familia nuclear y extensa, sociales que incluye personas con las que interactúa la participante, sean amistades, compañeros de estudios o trabajo, vecinos, con los cuales la participante sabe que puede contar, y la institucional que comprende cualquier organización de tipo gubernamental o de la sociedad civil.

Las Figuras 7.28 y 7.29 exhiben las redes de apoyo con las que contaban las mujeres participantes, y los cambios, si los hubo, al término del tratamiento, respectivamente. Como se puede vislumbrar, la mayoría de los casos que concluyeron satisfactoriamente todo el tratamiento de la TBH (C-1, C-2, C-3, C-4 y C-6), incrementaron o fortalecieron sus redes de apoyo; otros dos casos que concluyeron (C-5 y C-7), tenían redes de apoyo muy limitadas y no hubo fortalecimiento o extensión de las mismas. En las tres que no terminaron, solo hubo un cambio, negativo, la C-10 perdió el trabajo y con ello, esa red de apoyo social. Por último, las que no tuvieron acceso, una (C-11), estableció una red de apoyo institucional, y mantuvo los otros dos tipos sin cambio, y el C-12, tuvo cambio negativo, igual que el C-10, en que pierde el trabajo y con ello, esa red de tipo social.

Al parecer esta variable es significativa, en la condición de tratamiento concluido, parcial, o no acceso, puesto que seis de las 12 participantes (50%), extendieron o fortalecieron sus redes de apoyo, y las otras seis, las mantuvieron sin cambio, o incluso disminuyeron.

Particularmente, en las que sí lo completaron, concuerda con la disminución de síntomas, y de violencia. En la que no tuvo acceso al tratamiento (C-11) le permitió resolver problemas y vivir un poco más tranquila, pese a la sintomatología y diagnóstico prevaleciente.

Figura 7.28 Redes de Apoyo al Inicio del Tratamiento de la TBH

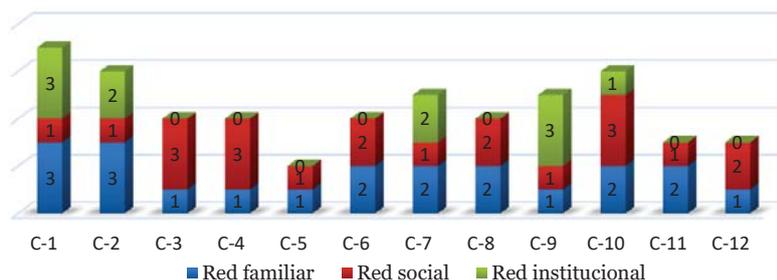


Figura 7.28 muestra las redes de apoyo que tenían las participantes al inicio del tratamiento de la TBH. Los valores que se les asignaron son: Ninguna- 0, Escasa- 1, Regular- 2, Nutrida- 3.

Figura 7.29 Redes de Apoyo al Término del Tratamiento de la TBH

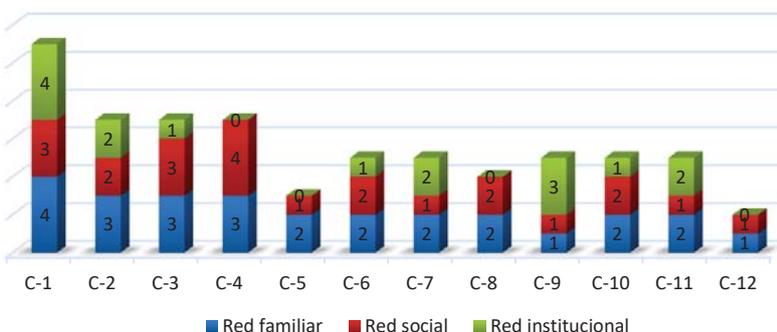
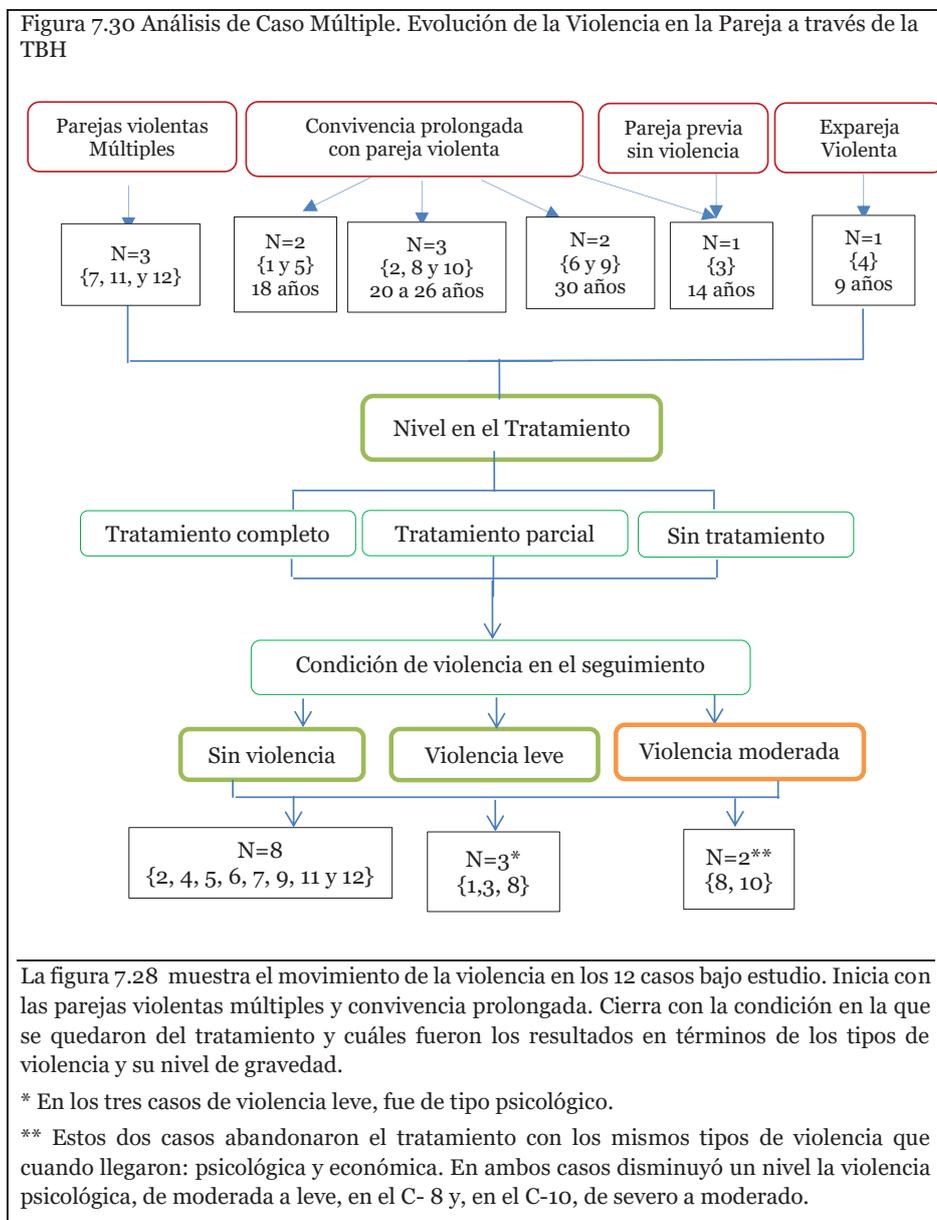


Figura 7.29 muestra las redes de apoyo que tenían las participantes al inicio del tratamiento de la TBH. Los valores que se les asignaron son: Ninguna- 0, Escasa- 1, Regular- 2, Nutrida- 3, y se agregó Fortalecida- 4, cuando la ampliaron o fortalecieron aún más del valor 3.

En relación a la reducción o eliminación de la violencia, la Figura 7.30 muestra cual fue la evolución de las mujeres que accedieron a todo el tratamiento, las que accedieron parcialmente y los casos control.

El factor, parejas violentas múltiples, es decir, las mujeres que huyeron cuando ya no podían tolerar más violencia (Walker, 2004), y se involucraron con otros hombres, igualmente, maltratadores; son tres casos en esa situación (C-7, C-11 y C-12), tuvieron tres parejas, quienes las revictimizaron, de las cuales, solo una finalizó el tratamiento (C-7) y, se infiere, está protegida de futuras re victimizaciones. Los otros dos casos, no recibieron el tratamiento, pero una de ellas (C-11), también estaba prevenida, como se observó en el estudio de su caso, posiblemente resultado de haber recibido las sesiones de psicoeducación, a diferencia del otro caso (C-12) completamente sin TBH, por lo que el riesgo era mayor.



En la última evaluación, de cada una de estos tres casos, en esta posición (C-7, C-11 y C-12), se les encontró sin violencia ejercida por la pareja. Aquí es importante destacar el contexto en que terminaron sin violencia. La que finalizó el tratamiento (C-7), mantenía una relación de

noviazgo desde la fase de inicio, y se mantuvo así durante toda la TBH, por no estar segura de no ser suficientes los cambios de él, como para reunir sus vidas de nueva cuenta. Por lo que se puede afirmar que el tratamiento la protegió de tomar una decisión equivocada, de regresar con él. Las otras dos participantes, que también llegaron al seguimiento sin violencia, se debió al hecho de estar separadas; una (C-11) lo tuvo que denunciar y se encontraba encarcelado, y a la otra mujer (C-12), él la abandonó. Por lo que, en estas dos últimas, están en menor o mayor riesgo de ser revictimizadas, además de seguir comprometida su salud mental, como se vio en el apartado anterior.

El factor de la convivencia violenta prolongada, la revictimización es por parte de la misma pareja (C-1, C-2, C-3, C-5, C-6, C-8 y C-9), mientras que las de parejas múltiples, presentan la agravante de ser revictimizadas por distintas parejas. En ambas circunstancias, existen los mismos períodos de no violencia, esperanza, y revictimización que, sumados al maltrato infantil, ocasionan mayores daños psicopatológicos (Amor et. al., 2002) especialmente cuando el maltrato en la infancia, o en la adolescencia, es de tipo sexual (Finkelhor, 1988; López-Soler, 2008).

Únicamente hubo un caso (C-4), que no cumple con ninguna de las dos condiciones, convivencia prolongada con pareja violenta, o parejas violentas múltiples, que logró concluir el tratamiento libre de violencia una vez que consumó el divorcio.

Las mujeres con tratamiento parcial, desertaron con un nivel leve (C-9) y moderada (C-8 y C10), y al seguimiento, regresó una de estas tres participantes (C-9) sin violencia (Ver Figura 7.30).

Dos casos, con este factor de convivencia violenta prolongada, también presentan otras dos condiciones muy distintas (C-3 y C-9). El primero, tuvo una pareja previa de la cual, se presume, no hubo violencia por parte de la pareja. Si bien, la violencia en esta relación al momento del tratamiento, era mutua, persistían dos agravantes, la actividad delictiva de

la pareja, y su consumo de alcohol y drogas, por lo que su situación la hace más vulnerable que el de las demás. Por ello, probablemente las habilidades adquiridas en el tratamiento la llevaron a cambiar su modo de afrontamiento. Al internar a su pareja en un centro de rehabilitación, es cómo logra disminuir el nivel de violencia a un nivel leve.

El segundo caso (C-9), por el contrario, tenía ventajas; la convivencia conyugal con una sola pareja (por 30 años), los recursos personales con los que contaba esta mujer sobrepasaban los de las demás, como se ha señalado anteriormente, por lo que llega al seguimiento sin violencia, aun cuando no concluyó el tratamiento (ver Figura 7.30).

Los distintos modos de afrontamiento de todas participantes, fueron, en mayor o menor medida: la sumisión, tolerancia extrema y asumir la culpa, en diferentes ocasiones en la relación, o relaciones, de pareja, antes y durante, por lo menos, la primera parte del tratamiento. En los tres casos de parejas violentas múltiples, en la fase I, hubo abandono y separaciones, y en dos casos (C-11, C-12), también hubo búsqueda de asesoría legal y divorcio.

El caso 7 (C-7), se había mantenido separada, viviendo en una casa de acogida, donde constantemente era hostilizada. Otra, además de mantenerse separada (C-11) tramitó el divorcio. Y, la tercera, (C-12), la pareja la abandonó debido al embarazo de su hija adolescente. Ninguna de las dos contaba con suficiente apoyo familiar, y, más al contrario, eran sumamente atacadas, hostilizadas, tanto en los años de crecimiento, como en su etapa adulta.

Respecto de las mujeres de convivencia violenta prolongada, el C-1, asistió a terapia con su hijo tiempo antes de la TBH, y durante la TBH comenzó a participar en un grupo de Al-anon. Durante la TBH, mejora la relación con sus padres, con lo que busca y acepta su apoyo, y con las habilidades que adquiere en las metas de la TBH, también se identificaron cambios de actitud y control de impulsos en él, con lo que logran

reestablecer su relación de pareja, en mejores términos, rompiendo así con el ciclo de la violencia. En este caso, las creencias de lo que “debe ser una familia”, donde la pareja convive en armonía, y la dedicación a la crianza de los hijos, fueron muy relevantes, por su propia convicción, en contra posición a todo lo experimentado durante sus años de crecimiento.

El C-2 buscó asesoría legal para divorciarse, varios años antes de la TBH. Sin embargo, los dos intentos fueron fallidos; en el DIF, les aconsejaron, en asesoría legal y psicológica, que reestablecieran su relación anteponiendo acuerdos para solventar la violencia económica, en donde él acepta, sin embargo, no cumplió con el compromiso, además de continuar con los otros tipos de violencia. De este modo, lo que debería haber sido el apoyo institucional, no lo fue, re victimizándola a través de sus cuestionamientos y emisión de juicios, haciéndola fracasar en ambos intentos (Smith-Bonilla y Álvarez-Morales, 2007). Su red de apoyo familiar, de hijos y hermanas, era más eficiente, con apoyo emocional y económico. También, sus padres le ofrecieron su apoyo mucho tiempo atrás, pero no lo aceptó, por vergüenza. Lo aceptó hasta que logró el divorcio, casi al final de la TBH, yéndose a quedar temporalmente con su madre.

Aquí, es importante señalar la vergüenza como emoción negativa que le había impedido aceptar la ayuda de sus padres en ocasiones previas. Emoción experimentada frecuentemente por mujeres en esta situación de violencia ejercida por la pareja (Nieto-Martínez y Mingote-Adán, 2010), por la que muchas de ellas no denuncian la violencia (OPS, 2003c; Shrader y Sagot, 1998). No obstante, es significativa la actitud de la madre cuando la recibió, dándole la bienvenida al mismo tiempo que le decía, no querer saber nada de lo sucedido. Ello puede ser interpretado como una actitud defensiva, pero comprensible, tomando en cuenta que se trataba de una mujer de edad avanzada.

El C-3, había tenido una relación previa, sin violencia. Cuando lo dejó, renunció a los bienes que tenían en común con tal de que le diera el divorcio. En esos momentos, la familia la apoyó acogiéndola de vuelta en la casa paterna. Pero, queda embarazada de un novio, y la familia reacciona negativamente, echándola de la casa. Aunque, sus padres la siguieron apoyando económicamente, y sus hermanas, “emocionalmente”, entre comillas porque había muchas críticas y descalificaciones. Decide irse con esta pareja, el cual tiene problemas de alcohol y drogas, y es con quien ya tenía 14 años de convivencia cuando llegó al CUAPI. Durante, la TBH, ya desesperada por no haber cambios en él, toma la decisión de regresar con sus padres, pero no pudo permanecer ahí por mucho tiempo, debido a que la madre, a través de otra hija, le hace saber que ya no era bienvenida, y que se debía regresar con su pareja. Esta reacción, de la red de apoyo familiar, permite ver que se trataba de una red de apoyo familiar limitada. Y, por otro lado, sumando la reacción anterior respecto al embarazo, a esta, cuando quiso dejar a la pareja, más las ideas de las hermanas cuando le decían que debía permanecer con su pareja y hacer “todo” para que funcione la relación, habla de los valores tradicionales prevalecientes en esta familia, acerca de lo que debía ser la familia, que evidentemente limita sus alcances de apoyo. Así pues, esta mujer, decide seguir los cánones tradicionales de su familia, mantenerse con él, pero, buscando otro tipo de apoyo, de tipo institucional, en un grupo de alcohólicos anónimos, en donde lo interna cuando concluyó la TBH. Cabe destacar que hubo cambios de comportamiento en él, pero tratándose de una persona con adicciones, es difícil pronosticar la estabilidad de su rehabilitación. Si bien, ella comenzó a asistir a un grupo de Al-Anon, y esto pudiera facilitar tal rehabilitación. De esta forma, logra reestablecer la relación de pareja, con un nivel leve de violencia en el seguimiento.

El C-5, su único modo de afrontamiento, fue la sumisión, tolerancia extrema y admisión de la culpa, junto al hábito de evitación. Evitaba tomar

decisiones, evitaba intervenir, actuar, decir, etc., con tal de evadir culpas o responsabilidades. Nunca, tuvo la intención de dejarlo, lo único que quería era que la dejara de maltratar. Su red de apoyo también estaba limitada a sus hijos, y un poco de su familia de origen (padres y hermanos) pero a distancia, ya que ellos permanecieron en su ciudad natal. Durante la TBH, se dio cuenta que también contaba con tíos y primos, fortaleciéndose así este tipo de red de apoyo. Con las habilidades adquiridas a través de la TBH, aprendió a afrontar la situación de manera más saludable y asertiva. Dejó de evitar las situaciones ampliando su rango de respuestas a otras más asertivas, como tomar decisiones, abandonar el aislamiento en el que se encontraba atreviéndose a salir de casa, etc. Esto trajo como consecuencia, cambios en el comportamiento de él, en mantenerse con mayor control de su agresividad.

El C-6, afrontó la situación de diferentes maneras. Primero, lo abandonó, hubo negociación y acuerdos, y se reúnen de nuevo; posteriormente, se separa tras el incumplimiento del esposo, de tales acuerdos. Esta vez, la separación fue por un largo período (8 años), sin embargo, regresa con él, y continúa asumiendo culpas, tolera, calla, etc. Hasta que decide dejarlo definitivamente, lo abandona yéndose temporalmente a la casa de su madre, quien la apoya en todo sentido. Este nuevo abandono obedeció al cansancio extremo que le afectó su salud, enfermando en varias ocasiones desde la última vez que regresó con él. Pero, no le menciona su decisión, y es criticada por sus hijos. La participante, no fue capaz de hablar con él, de esta decisión, hasta la sesión 10 del tratamiento, en que se sintió más segura de poder hablar con él de manera asertiva. Pudo hablar también con sus hijos y reestablece el apoyo de ellos. Regresó al seguimiento separada, en trámites de divorcio, bastante recuperada del cansancio, y manteniendo sus redes de apoyo de tipo familiar e institucional.

En resumen, estas mujeres con una relación violencia prolongada, tomaron dos tipos de decisiones. Dos, optaron por la separación definitiva (C-2 y C-6), y tres (C-1, C-3 y C-5) prefirieron restablecer su relación de pareja con la perspectiva de las relaciones saludables. En todas ellas, las redes de apoyo jugaron un papel importante en sus modos de afrontamiento. Asimismo, todas las parejas o exparejas, redujeron su agresividad.

Las otras dos participantes que cumplían con la característica de relación violenta prolongada, no concluyeron el tratamiento, y se pudo ver que hubo una disminución en la violencia en ambos casos, pero por condiciones distintas. El C-8, se encontraba en la fase de reconciliación o luna de miel, donde él promete cambios y muestra algunos indicios de renovación en su comportamiento, para convencerla de regresar. Su modo de afrontamiento, básicamente era la sumisión, tolerancia extrema, asumir la culpa, y cuando se desesperaba, se iba con un familiar, su hermano, para regresar al poco tiempo. Cuando llegó al CUAPI, había abandonado al esposo, sin estar segura de su resolución de dejarlo permanentemente, así pues, prefirió tomar la decisión de abandonar el tratamiento. En ella la red de apoyo social, amigas, y familiar, específicamente de su hija, jugaron un papel determinante. Las amigas, por su parte, la animaban a dejarlo definitivamente, pero eso iba en contra de sus creencias tradicionales y religiosas, por lo que entraba en un torbellino de confusiones, añadido al apoyo incondicional de la hija, el cual era muy fuerte en términos emocionales, pero económicamente, vulnerable, por no contar con los ingresos suficientes para solventar su sostenimiento en la casa de esta. Se infiere, recurrió de nuevo a poner sus esperanzas en el cambio de él, fundamentalmente, por la firmeza de sus creencias de lo que “debe ser” una familia, y los deberes de hombres y mujeres en el núcleo familiar. Para ella, actuar de manera contraria a ello, le traía muchos sentimientos de culpa.

Se deduce que la pareja logró convencerla, y la participante decidió regresar con él.

El modo de afrontamiento más importante de otra participante (C-10) e fue la sumisión, tolerancia extrema, pero sobre todo la negación. Ella no fue consciente de la violencia hasta que él se va al “otro lado”, por motivos laborales. En algún momento de desesperación, recién la dejó el marido, tuvo un intento de suicidio. El recuerdo de sus hijos la hizo reaccionar a tiempo y pidió ayuda a su hermano, quien la rescató. Aquí, la red de apoyo familiar, desempeñó una labor esencial, de vida o muerte. En este caso, fue todavía más marcado el deseo de que él cambiara, la volviera a querer y la respetara. Incluso se encaminó a ello cuando le iba marcando límites, pero a la vez, dentro de su desesperación, y debido a un deseo más fuerte que ella, de volver con él, le deja entrever sutilmente que estaría dispuesta a seguir tolerando más maltrato con tal de que la acepte junto a él. Él no acepta, pues ya estaba haciendo su vida aparte en el San Diego, California, con otra mujer y actividades de tipo delictivo. Ante lo cual y aunado al diagnóstico de cáncer de mama, la participante queda desolada.

El C-4, no entra en la categoría de relación violenta prolongada, ni de relaciones violentas múltiples. Esta mujer, acudió a asesoría legal a los pocos años de matrimonio (7), siguiendo los consejos de la madre y hermanas, que la prevenían del comportamiento abusivo de su esposo, partiendo de la experiencia de maltrato del padre contra la madre. La participante, tardó en tener conciencia de ello, sin embargo, actuó rápido, buscó asesoría legal, no tuvo éxito, insistió y logró la disolución del matrimonio de 9 años. Si bien, él continuaba viviendo en la casa con ella y los hijos, y con los mismos tipos de violencia, ella continuaba sin darse cuenta de la violencia. No se consumó el divorcio sino hasta dos años después, aproximadamente, a la mitad del proceso terapéutico de la TBH en que toma conciencia plena, de la necesidad de ponerle límites, y toma la decisión de hacerlo. En este caso, el papel de la red de apoyo familiar fue

trascendental, porque la madre y las hermanas, la apoyaron y orientaron, evitando que siguiera en una relación de maltrato. Al final de la TBH, y en el seguimiento, se encontraba muy contenta de sus alcances y decisiones.

En suma, los modos de afrontamiento de las mujeres maltratadas guardan una asociación con la extensión y fuerza que ejerzan las redes de apoyo. En este sentido, se confirma la presencia de más apoyo de la familia de origen, seguida por la de las amistades de acuerdo con Estrada-Pineda et al. (2012).

Asimismo, se confirman las evidencias presentadas por Amor, et al. (2002) quienes encontraron que, a mayor cantidad y fuerza de las redes de apoyo, menor el impacto patológico en mujeres traumatizadas por el abuso constante de sus parejas. En los casos presentados en esta tesis, se manifestó que, los casos que fortalecieron sus redes de apoyo, también redujeron su sintomatología, y en su mayoría, dejaron de cumplir con los criterios de los trastornos con los que inicialmente fueron diagnósticas, a diferencias de los casos que no contaban con una red de apoyo segura, no acudieron al tratamiento, y su salud mental siguió igualmente impactada, o empeoró.

De esta forma, la fuerza con la que recuperan su poder como personas fueron capaces de darle un giro al tipo de interacción en la relación de pareja, cuando provocan que la pareja acepte cambios para mejorar la relación o para una separación más digna y firme.

#### **7.02.5 Respuesta a las estrategias terapéuticas.**

Las estrategias utilizadas en la TBH, tuvieron muy buena aceptación, a excepción de un caso (C-8), quien no explicaba muy bien por qué no podía usar hipnosis, pero lo relacionaba con sus creencias religiosas. Sin embargo, accedió y participó activamente de ellas.

Lo que aquí se presenta son algunas de las respuestas hacia las estrategias terapéuticas: metáforas, cuentos, sugestión hipnótica, de acuerdo a la meta que se perseguía.

En la meta de *Psicoeducación* se revisaron: Tipos de violencia, sus consecuencias, el responsable de ello, el círculo del poder y las relaciones equitativas. En el siguiente caso, se muestra cuando está entremezclando la historia del problema, con aspectos sobre la violencia. Se aprecia que ella va situando su propia situación.

*T: ¿Corría peligro en su casa...?*

*C-6: El peligro que corría ahí, es el que ya te había comentado, de que si sigo ahí me vuelvo loca, de estar viendo las situaciones que estaba viendo y, y... de estar pensando yo en..., y hasta sin poder dormir... [C-6, P: 149:110, s 7].*

En la metáfora de la tormenta, el C-3, muestra el ciclo de la violencia:

*Ahorita como que... vino la tranquilidad, pero otra vez empieza a acumularse... [Caso 3, P: 123:81, s 4].*

Más adelante, cuando ella se da cuenta que él sigue tomando su dinero, se percata de que sigue viviendo una situación de violencia, como en una tormenta:

*Como una tormenta que estoy, con rayos y lluvia...Con lo que represento mí... [Grita su hijita de un año] enojo con los truenos, mis lágrimas, mi cansancio, mucha soledad. A partir, a pesar de que somos tantos, me siento sola [Continúa gritando la niña]. Quiero empezar este camino nosotros cuatro [se refiere a ella y sus tres hijos]. [C-3, P: 118:273, s 23].*

Lo que denota el efecto positivo que tuvo la metáfora de la tormenta, facilitando la toma de decisiones. En el C-2, fue de vital importancia llevar

a cabo un plan de seguridad, para estar preparada cuando se acercaba la tormenta.

En todos los casos hubo necesidad de repasar el plan de seguridad, y en el C-2, fue mayor esta necesidad, debido al riesgo constante por el proceso legal de divorcio que había emprendido. Su respuesta ante el replanteamiento del plan de seguridad, fue muy positiva, además de la confirmación de la terapeuta:

*Aprendí a poner todo en una balanza, desde qué es más importante, que tienda las camas o que haga el desayuno, así me guío ahora, por más sencillas que estén, ¿qué es primero?*

*[...] Hasta debo tener un plan a, b y c, hasta esconderle las llaves para que no se vaya, hacer todo lo más que se pueda hacerlo a mi favor. Ahora sí que..., hacer el viento a mi favor. [C-2, P: 84:8, s 16].*

Más adelante, conforme se acerca la fecha de la audiencia, continúa la violencia por parte del esposo. Por lo que se repasa nuevamente el plan de seguridad, reiterando la importancia de resguardarse de cualquier peligro, como medida precautoria (Soria, 2006):

*Yo pienso que sí va haber violencia, porque cuando le digan que va haber audiencia, él se empieza a poner nervioso, y empieza a molestar a la gente. [C-2, P92:045:61. s 23].*

Después de este altercado, y una vez que tuvo la audiencia con el fallo a su favor, decidió marcharse temporalmente de su casa, por sugerencia de su abogada. Como parte del plan de seguridad, se fue a vivir con su mamá, esperanzada de una vida mejor y libre de violencia:

*Pues yo espero que haya más tranquilidad, principalmente, yo espero que mis hijos me vayan a dar una vuelta, ... Yo no salgo para nada, hoy es mi primera salida, como los niños, mi primera salida. Ni a la tienda voy. [C-2, P: 94:158-165, s 25].*

En cuanto a las redes de apoyo, ya se habló ampliamente de estas en el apartado anterior. La intención fue transmitirles la importancia de contar con las redes, cómo buscarlas y hacer uso de ellas.

La *autoestima* se definió con ellas, y se les informó de cuáles eran sus derechos básicos. No se encontraron respuestas directas a tal información; básicamente, asintieron. Sin embargo, cuando se inició con el tema de la valoración de una misma, el segundo objetivo de esta meta, mediante la lectura del cuento “El verdadero valor del anillo”, hubo más respuestas. En el siguiente testimonio, se observa la manera en que la participante, introduce parte de sus derechos:

*Fíjate que ahorita, como dices, yo..., yo... Te da el valor la persona que sabe valorar, la persona experta. [...]. Cuando tomé esa decisión me acordé de él [un amigo del trabajo], dije bueno... sí, si así, a mí me gustaba estar, abajo, pues abajo iba a estar..., pero ya no quiero estar abajo. Ahora quiero sentirme bien, y me quité mi anillo de matrimonio, que dije que jamás me iba a quitar... Lo guardé, y él también me había mandado un reloj, me lo mandó -y dije- “no quiero tener ya cosas de él” quiero sentirme ¡yo! no quiero sentirme que, por algo material, él sienta que tenga el derecho de hacerme como él quiera. Esa fue mi decisión de toda la semana. [C-10, P: 68:168-172, s 3].*

La participante, aun cuando, no hace una identificación directa con la valoración del anillo, sí ubica que ella no desea estar más abajo. En donde se interpreta que, el no desear estar abajo, se debe a que comienza a valorarse, y usa el cuento para reafirmarse ante ella misma.

En este otro caso, narramos otra respuesta al mismo cuento:

*T: ¿qué te pareció?*

*C-5: pues muy bien! ¡bonito!*

*T: ¡amm! ¿te identificaste con algún personaje?*

*C-5: pues con el anillo...*

*T: ¿con el anillo? hmmm y ¿cómo?*

*C-5: eeh! qué pues, sí, que muchas veces nosotros, no nos valoramos*

*T: ¿quién?*

*C-5: yo*

*T: ¿tú?*

*C-5: aja, o sea, es [que] como persona no me valoro y a lo mejor valgo mucho [...] [sollozos] porque mi hija, mi niña me dicen que valgo mucho. [C-5, P: 230:472:498, s7].*

Es claro el efecto del cuento, por su identificación con el anillo, reflexiona sobre cómo no se valora a sí misma, sobre que está enfocada en cómo la valoran los demás. Hay un cambio positivo, y se refleja en la entrevista de post evaluación a un mes de haber concluido el tratamiento:

*Pues primero, seguridad. Siento que me he aceptado como soy. Me he aceptado como soy, con mis defectos como soy yo. Ya no los siento tantos defectos ¡me siento mejor! [C-5, P224:35, post evaluación].*

En este sentido, ella aprecia sus defectos y cualidades, haciendo un reconocimiento, sobre todo, aceptación de las partes que la componen, donde hay cosas “buenas” y “malas”. Sin embargo, en la entrevista de seguimiento, cuando se le pregunta: “*Si decidiera en estos momentos, continuar en terapia ¿qué cosas le gustaría trabajar (cambiar o modificar)?*” Responde: “*Autoestima..., me falta mucho para llegar a este punto*”. [C-5, P: 262:241, seguimiento]. De lo que se interpreta, en este caso

(C-5), que el efecto de la TBH fue bueno en cuanto al darse cuenta, pero todavía requiere de más dedicación en este aspecto para llegar a una alta autoestima.

En el C-1 y C-6, se observa el efecto más positivo, al igual que en los otros casos que concluyeron el tratamiento (C-1, C-2, C-3, C-4, y C-7), los cuales no se agregan por razones de espacio: *"... para mí el valor que me sostiene, es ese... el amor, pongo la palabra [amor]"*. [C-6, P: 160-161, s 10].

En el seguimiento, cuando se le pregunta cómo se percibe desde que terminó la TBH, responde: *"Yo me veo, y me siento muy bien"* (sic.) [C-6, P: 258:052, seguimiento].

En el C-1 la respuesta después de varias sesiones, es más firme:

*Antes no me gustaba mirarme en el espejo, "qué feos dientes tienes y esa mancha que tienes, que feos ojos". Y ahora, ¡me gustó mucho! y ya no necesito, -me he fijado- que mi marido me mire bonito, o que fulano de tal, me mire bonito. Me he fijado que ya no ocupo, que ¡yo me gusto mucho!* [C-1, P: 46:12, s 19].

En la entrevista de seguimiento, se confirma el efecto de la estrategia en su autoestima, cuando menciona sentirse más fuerte, porque paso por situaciones muy difíciles, además de enfrentar sus problemas de salud. Lo que nos habla de un efecto resiliente de todo el tratamiento, no únicamente, de haber elevado su autoestima.

Los casos que no terminaron el tratamiento (C-8, C-9, C-10), no se observa el efecto esperado. En los dos casos que no recibieron el tratamiento, no hubo avance en la autoestima.

En relación a la *Identificación de emociones y sensaciones*. Son tres sesiones con sus respectivos objetivos (ver Tabla 10). Con el propósito global de reducir, las emociones negativas y generar más emociones

positivas, se aplicó sugestión hipnótica de sensaciones en el cuerpo, se muestra la respuesta inmediata del caso 3, cuando sale de la hipnosis:

*¡Ay!!! (se estira) ay! ¡que rico... Jajá! todo troné ¿verdad?*

*¡Ay! Si... siento que me acabo de levantar... Así, más agradable". [C-3, P: 108:79, s 13].*

En la sesión de cierre, muestra estar contenta ante situaciones agradables, y no permite que la relación con su esposo nuble, el sentirse contenta:

*...sí, el día de, de la comunión de mi niña, el sábado, me sentí muy contenta, la vi a ella bien feliz y bien hermosa y..., y me sentí muy contenta. Algo que su papá no pudo ni estar ahí... porque esta niña estaba como remolino [refiriéndose a su hijita de 2 años]. Yo la tenía tantito, se la pasaba a él..., él no la soporto, mejor se quiso ir. Es que dijo "voy a ir por un trabajo" y nunca regresó... Pero nada de eso perturbó lo contenta que yo me sentía con mi hija. [C-3, P: 118:346, s 23].*

Avanzan en la recapitulación del proceso terapéutico, en donde ella nuevamente, hace hincapié en lo contenta que se siente:

*T: ¿Cómo te ves? ¿Cómo te sientes?*

*C-3: ¡¡Bien!! Así, como que, como que triste porque ya no te voy a ver ¡jajá! Pero también que me ayudaste mucho [...] me ayudaste mucho, y que..., me siento contenta, contenta con, con los recursos que he buscado (ruido) que a lo mejor si he faltado, pero, pero ha sido como una lucha conmigo, y de apoyo para mí. [C-3, P: 118:512, cierre].*

En este otro caso (6), comenta de forma más expresiva, cómo se siente después de la inducción y sugestión hipnótica sobre sensaciones y emociones:

*T: Y ¿Qué siente en el cuerpo cuando está feliz?*

*C-6: Siento, como libertad, como... ¿Cómo se dice?, mmm, entusiasmo no sé cómo te podría decir. [...] ¿En alguna parte de mi cuerpo?, mmm, yo creo que en mi cabeza [...] Muy a gusto, muy contenta.*

*Terapeuta: ¿Cómo se va el día de hoy?*

*Caso 6: Todavía mejor que como llegué. [C-6, P: 137: 241, s 17].*

Las respuestas después de las inducciones relacionadas con las sensaciones y emociones, fueron más menos, en este tenor. Durante las sugerencias hipnóticas, atraviesan por muchas emociones, recuerdos de situaciones del abuso en donde quedan expuestas, por lo que se cuidó mucho guiarlas para asegurar resolvieran todo lo que esas emociones, o recuerdos, les produjeran, antes sacarlas de la hipnosis, y cerraran con una sensación y, un recuerdo agradable de su vida.

Los resultados positivos, también se observaron en sesiones posteriores, en el cierre como en este caso (C-7):

*Pues lo he experimentado bien, porque me ha agradado..., me ha agradado. Y así, a veces, no sé, una vez que me pasó... que platicamos aquí, de las plantas y de las flores y que viera todo lo bonito que había y nunca me había puesto a pensar en todas esas cosas y cuando salí me puse a observar [ ], y me puse a observar así, muchas cosas. Y yo sentía así, como..., hasta [como si] me hubieran quitado una venda de los ojos, y podía [ver] bien, ahora... observar todo, y observar que hay muchas cosas bonitas que yo no podía apreciar. [C- 7, P: 178:156, s cierre].*

Así como en el caso anterior, las respuestas relacionadas con sensaciones o emociones fueron en este mismo sentido, en sesiones posteriores y en la entrevista de seguimiento, en todos los casos que completaron el tratamiento:

*Empezar a poner límites, él me estaba afectando emocional y físicamente. No con agresiones físicas, pero sí emocional, y pues ahí vienen muchísimas cosas más, la económica, este..., no había seguridad en mi casa, y pues más que nada a mí, a mí, y lo reflejábamos hacia nuestros hijos. [C-3, P: 257:023, seguimiento].*

De igual forma, tuvieron efectos positivos las sugerencias de hipnosis para la reestructuración de emociones positivas en el C- 9, reflejadas en la última sesión, que se mantuvieron hasta el momento del seguimiento:

*T: ¿Cómo te percibes desde que terminó la terapia?*

*C-9: Más segura, como que he perdido un poco lo del apego emocional que tenía con mi marido, o sea, he tenido muchos cambios entonces uno de esos es ese, y obviamente no creo que esté, así como súper curada, sobre todo que de todo lloro no, pero sí soy muy diferente de cómo vine, cuando vine no sabía por qué lloraba pues.*

*Terapeuta: ¿Tú crees que se han generado cambios en tu vida a partir de haber terminado la terapia?*

*C-9: Mmm, sí*

*T: ¿Como cuáles?*

*C-9: Por ejemplo, cuando vine tenía deseos de morirme, no de suicidarme de morirme, sí se me quitaron a partir de la terapia. [C-9, P: 040- 141, seguimiento].*

En el caso 11, también hubo una evolución en este sentido:

*Pues en aquel tiempo nomás me la pasaba llorando, no sabía ni que hacer, me sentía fuera de..., desubicada, realmente desubicada. No sabía, no tenía sentido mi vida en ese tiempo, yo ya no quería vivir. Y ahorita no, yo quiero vivir, [risas]. Yo sí quiero vivir, disfruto mucho lo que Dios me da. Entonces, si Dios me..., por decir, me fue bien hoy, pues yo le doy gracias a*

*Dios, por lo que me dio, y también si no, pues él sabe por qué. Ya mañana me vas a componer mi día [risas]. Ya no reniego, trato de no renegar como antes, que... ¿por qué a mí?, ¿por qué me paso esto?, que ¿por qué a mí, no me fue bien...? [...]. [C-11, P: 256:213, seguimiento].*

En esta mujer, si bien pudieron haber ayudado las sesiones de psicoeducación que recibió, es más fuerte la influencia de sus creencias religiosas, evolucionó favorablemente en lo referente a sus emociones, convirtiendo su dolor en resiliencia, aunque no haya sanado del todo las huellas del maltrato.

En cuanto a la meta de *Límites personales*. En esta meta se tenían diseñadas tres sesiones, con sus respectivos objetivos (ver Tabla 10).

Una de las estrategias utilizadas fue la metáfora de la “herida en la piel”, los cuentos: “El elefante encadenado”, y la “Ciudad de los Pozos”; además, de tres sugerencias hipnóticas. La primera hace alusión a una “la barda”, la segunda, a observar los papeles que juega en las diferentes interrelaciones, y la tercera, al uso de “disfraces”. Los cuentos se utilizaron en apoyo a las sugerencias, y podían, o no utilizarse, dependiendo de las observaciones de la terapeuta.

El discurso del C-9 indica una reflexión a partir de escuchar el cuento, en su propia situación:

*¿Qué te pareció la historia [nombre de la participante]?*

*Bien... Es verdad eso, porque como yo en esta condición que he tenido desde que me casé, estoy como el elefante, ¡de que creo no tener la fuerza, que no tengo la fuerza! Y que cualquier cosa que haga, él me va a dejar, ese ha sido mi miedo siempre. De que..., si no me ponía como tapete, él me dejaba... Pero yo creo que aquí, mucho es él por qué lo elegí a él, o por qué me quedé, yo era muy joven... [C-9, P: 19:171, s 9].*

En esta historia, la participante, se identifica directamente con el personaje del elefante, y pondera el por qué, se ha quedado con él, pese a todo el rechazo e indiferencia con la que la ha tratado durante todo su matrimonio de más de 30 años. En la entrevista de seguimiento, se refleja el efecto del tratamiento cuando nos habla de los cambios que ha experimentado a partir del tratamiento:

*Terapeuta: Entonces, ¿sientes ha habido un cambio?*

*C-9: Sí. Pues digo, esa seguridad, digo, es porque reacciono diferente de lo que pasa, luego entonces, yo digo que es por seguridad [...] Entonces, si él se enojaba, me ponía de nervios ¿me entiendes? o sea, había como una reacción, y ahora no pasa eso [...] no es así. No es como que todo cambió de un día para otro, sino que ha ido cambiando. Y en sí, hay muchos cambios, puedo escoger mi ropa... A veces lo hacía en función de él, y **¡ahora lo hago en función de mí!** Sí, antes lo hacía pensando si le iba a gustar a él, y ahora lo hago pensando si me va a gustar a mí, digo que eso es gracias a la seguridad... [C-9, P: 252:151, seguimiento].*

Este testimonio muestra la manera en que recuperó su fuerza, para tomar decisiones tan sencillas, y que eran tan difíciles para ella, como la elección de su propia ropa, y que él no la abandonó, como era su temor.

En el C-1, después de la sugestión hipnótica de la barda, responde de la siguiente manera:

*T: ¿De qué manera se ha transformado su barda?*

*C-1: Primero abrí la puerta poquito, no mucho... vi lo que había afuera y luego saqué angustia, saqué resentimiento, el resentimiento lo vi como una bolsa grande, grande negra, me costó trabajo sacarlo de la puerta y luego la abrí toda, toda, ... Y vi a mis amigos ahí afuera, y tomé su alegría... y sentí mucha paz. [C-1, P: 37:053, s 10].*

En la sugestión de límites, en relación a los disfraces, la participante responde de la siguiente manera:

*Bien contenta, se me..., como que me dieron muchas ganas de reírme, bien contenta, desde que empezamos el ejercicio [refiriéndose a la hipnosis] ¿Por qué será? O sea, se me desatan como sentimientos. Pero como que me dio mucha alegría. Desde que empecé a ver los disfraces me dio como mucha risa. [C-1, P: 39:203, s 12].*

De esto se interpreta que esta risa es provocada por imaginar su comportamiento habitual reflejado en formas caricaturesca, lo cual es positivo, ya que pudiera causarle emociones negativas como frustración, o enojo, incomodidad, sin embargo, fue capaz de reírse de sí misma. En sesiones posteriores, reflexiona en la manera en cómo está marcando sus límites, especialmente hacia su pareja:

*Sí, si eso es lo positivo, pues que yo, ya estoy poniendo límites, estoy diciendo **no**, como ese día de Playas. Porque otras veces era bien impulsiva... -lo que él diga-, " sí vamos al parque", no importaba que yo tuviera que ir al grupo, que no haya comido. O sea, necesidades mías, las hacía a un lado, ¡yo agarraba mi bolsa y órale vámonos! ... [C-1, P: 45:082, s 18].*

Este otro ejemplo, el C-4, nos muestra la expresión más típica al cuento "La ciudad de los pozos":

*T: ¿Qué fue lo más, lo más importante para ti del cuento?*

*C-4: Pues lo más difícil, vaciarse... Ajá, yo creo que no cualquiera tiene el valor de hacerlo, ni el valor ni la decisión.*

*T: Nunca va a saber ¿Qué más tiene de difícil vaciarse?*

*C- 4: Muchos cambios.*

*T: Cambios...*

*C-4: Pero también está el que uno decida.*

*T: Claro.*

*C-4: Y, cambiar como que siempre cuesta. [...] Pero diario estamos cambiando, aunque no lo aceptemos, o sea lo aceptemos o no. [...] Sí, el ejemplo arrastra, y la gente también, puede ser. Pero también es decisión de uno, dejarse llevar, yo siento que en el tiempo que yo estuve casada, así estuve, solo dejándome llevar, pero, al fin y al cabo, a mí no se me hacía nada mal, porque yo lo decidí. [C-4, P: 424- 516, s 7].*

En relación a la *Toma de decisiones*. En el C-10, nos muestra la manera en que comienza a tomar decisiones, empleando una comunicación asertiva:

*Pero, ya emocionalmente tomé mi decisión ¿ya viste? (sonriendo). Qué te había dicho, no recuerdo si te lo había dicho la semana pasada que ya iba a hablar con él, tomé mi decisión, y voy a ser ¡Yo! (sonríe). El pelo güero me lo pintaba por él. [C-10, P: 74:010, s 9].*

*[...] Pero dije, no, ya soy ¡Yo!*

*Yo me tomé mi decisión el domingo pasado ¡Yo le dije que ya! Que yo ya estaba cansada, que no podía verlo ya más así, o sea, si lo quiero y todo, quise luchar por algo que ya no ¡que ya no hay! [C-10, P: 74:022, s 9].*

Todavía más clara su comunicación asertiva:

*Pero, ya después a los días, el miércoles no recuerdo, me habla así con aquel cinismo de él, a quererme confundir, -me dice- "aló mija (sic), aló mi chaparrita ¿cómo estás mamacita?" -y ya le dije- "Mira te voy a pedir un favor, yo creo que en algo quedamos y quiero que respetes mi decisión, entre menos me hables, va a ser mejor, y cuando me hables, pues no me*

*hables con esas palabras, yo creo que quedamos en un son de amistad. Ya no quiero que me veas como tu esposa, sino como la mamá de tus hijos y como amiga. De todos modos, si necesitas algo de mí, ahí voy a estar. Búscame solo para lo indispensable". [C-10, P: 74:035, s 9].*

Al cierre del tratamiento, básicamente se utilizó un cuento: "Mariposa Dorada" que invita al crecimiento mediante la metamorfosis, siendo la respuesta muy favorable, en los cinco casos que se aplicó (C-1, C-2, C-3, C-4, C-5):

*Qué bonito es, me sentí como en ese proceso. En, en lo que él trabajó, poniendo esos colores, es lo que yo he trabajado. Descubriendo muchas herramientas que me distes (sic) o que me hicistes (sic), que yo las formara y que les pusiera esos colores bonitos que yo encontraba, esas figuras: el águila, la flor... me sé (sic)..., así como que me siento que me estaba describiendo... este (sic)... descubrir que hay cosas que duelen, hay cosas que..., que hay que afrontarse. Descubrí muchas cosas que me perdoné, que me, que me hacían mucho daño; este... me liberé de muchas cosas, mucho dolor o, aprender a manejarlo.*

*[...] Ajá... sí, así me siento que estoy, en la construcción de esas alas, descubriendo esos colores, tejiendo todo lo bonito que quiero para mi familia. [C-3, P: 119:244-273, s 24].*

Así quedaron plasmadas algunas de las respuestas hacia las estrategias terapéuticas empleadas en la TBH.



## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## **8. Discusión y Conclusiones**

Se evaluó la efectividad de un tratamiento de TBH considerado como un paquete terapéutico, desagregado para su análisis.

Para el análisis se tomaron algunas de las consideraciones del estudio de Seligman (1995, 1996) donde hace referencia a cuatro elementos cruciales obtenidos en la práctica clínica (estudios de efectividad) en comparación a los estudios de eficacia más controlados. El primero, es que, en la práctica clínica, no hay arreglo sobre un número fijo de sesiones, a diferencia de las planeadas en estudios controlados, que son alrededor de 12. En el presente estudio se determinó una duración aproximada de 16 sesiones contempladas en dicho paquete terapéutico, con posibilidad de extenderlas de acuerdo a las necesidades de cada mujer participante, siendo un promedio de 23 sesiones para los casos exitosos que completaron el tratamiento.

Segundo, la práctica clínica es autocorregible, si algo no está funcionando, el terapeuta recurre a otra estrategia terapéutica. En cambio, cuando se trata de estudios controlados, esto no es posible, se continúa conforme a lo planeado en cuanto a modalidad, estrategia y orden fijo. Definitivamente, en el presente estudio, se hicieron los ajustes individualmente, pero siempre siguiendo la línea de lo que se pretendía lograr, haciendo uso de la flexibilidad de las estrategias empleadas, e impulsando la iniciativa de la participante para su propia evolución, respetando su propia pauta de cambio y adaptación.

Tercero, las personas que van con un psicoterapeuta, generalmente, es porque anduvieron indagando, y se quedan con quien sintieron podrían encontrar lo que buscaban. En contraste, en los estudios de eficacia, hay una selección aleatoria para dirigir a cada persona a un grupo, el de tratamiento o el de control. En este sentido, en el presente estudio, fue

importante que las terapeutas fueran suficientemente empáticas y siguieran los lineamientos bajo el cual se les proporcionó entrenamiento. Sin embargo, recordemos que se trataba de psicólogos en formación, terminado o recientemente terminada la licenciatura en psicología, y, por lo tanto, con muy poca experiencia. Además, no se les dio a escoger a las participantes si deseaban un cambio de terapeuta.

Cuarto, en el campo de la psicoterapia, casi siempre la mayor preocupación es el mejoramiento de la persona en tratamiento. Los estudios de eficacia, están enfocados fundamentalmente en la reducción de cierto(s) síntoma(s), e independientemente, de acuerdo al estudio de Seligman, de cómo termine la persona, aunque hay obligación ética de dar tratamiento alternativo en casos graves una vez acabada la investigación. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que ese estudio de Seligman, se realizó en 1995, y algunas cosas han cambiado, especialmente el número de sesiones en que cada vez es más usual, en el sector salud, se determine con antelación cuántas serán.

En el caso del estudio de esta tesis, fue de suma importancia que las mujeres cerraran su proceso terapéutico una vez que hubieran cubierto todas las metas, y logrado un avance significativo en la adquisición de estas, es decir, en un nivel mínimo de 3, considerando que el más alto era un n-4. De la misma manera, se buscó una reducción significativa de la violencia y de los síntomas consecuencia de la violencia, en dos niveles, es decir que si estaban en el nivel más grave (n- 4), lo redujeran a uno moderado (n-2). Todas las mujeres que completaron el tratamiento alcanzaron esos beneficios.

En resumen, el estudio estaba diseñado para ser flexible, algo propio de los ensayos clínicos tipo 2 según clasificación de Nathan y Gorman (2015), o de los ensayos clínicos en general, a diferencia de los estudios de análogos (Agras et al., 1979), de tal forma que las metas propuestas podían ser trabajadas dependiendo de cómo se fueran presentando las necesidades

de las mujeres, lo que se basa también en los estudios personalísticos propuestos por Korchin (1976) intentando aunar la flexibilidad del N= 1 con los ensayos clínicos. Los estudios personalísticos individualizan los criterios para cada uno de los usuarios, se flexibilizan en función de sus necesidades, pero se mantienen varios clientes en tratamiento para poder establecer comparaciones pre-post, y entre grupos. Por ello, este estudio, no se preocupaba por terminar en un número fijo de sesiones, sino en verificar que al final del tratamiento la mujer hubiera logrado, tanto las metas planteadas en el plan de tratamiento, como las propuestas por ella misma. La terapeuta podía cambiar de estrategia, o de objetivo de la sesión, de acuerdo a lo que la participante estuviera presentando en el momento, y retomar, más adelante, lo estipulado en el plan de tratamiento. Puesto que el principal interés fue que las mujeres concluyeran el tratamiento con los más de beneficios posibles, en el tiempo necesario, que siempre fue mayor a seis meses y menor a un año.

Este tipo de estrategia de investigación de montar el tratamiento, como realizar estudios personalísticos, es una tarea más bien heurística, que usando la información que producen es cuando se pueden establecer guías clínicas que se aproximen más al ámbito real de aplicación cotidiano. Además de tener la posibilidad de continuar con estudios de efectividad y de eficacia.

En otro orden de ideas, en el presente estudio fue muy evidente un alto índice de deserción de las mujeres maltratadas por la pareja. Seis que no se les consideró en el análisis, y cinco sí incluidas (11 casos). La pregunta es si se trata de este tratamiento en particular o es un fenómeno frecuente en estas mujeres, o incluso en otro tipo de casos que inician un proceso psicoterapéutico. No fue uno de los objetivos determinar los factores de adhesión al tratamiento, sin embargo, se observó, que las mujeres que no permanecieron en todo el proceso tenían situaciones muy particulares para no continuar, por las razones ya expuestas en los resultados, lo que puede

estar ligado a la gran dificultad que tienen estas mujeres para tomar una decisión que impacte a toda su vida, como lo es dejar a la pareja. Lo que, sin duda, puede ser objeto de otro análisis de los datos en la Unidad Hermenéutica, ya que también se cuenta con las transcripciones de las mujeres que abandonaron el tratamiento.

En relación a los niveles de violencia, fue patente que las mujeres que completaron el tratamiento, lograron tener un control sobre la violencia, rompiendo con el ciclo, al dejar de hacerse partícipes (C-2, C-4, C-6, C-7), aunque es sustancial mencionar que estas mujeres se separaron durante el proceso (C-2 y C-6) o ratificaron su separación (C-4 y C-7). Los otros casos, ante la fuerza de su evolución, tuvieron un efecto positivo en el sistema conyugal, alcanzando un equilibrio más saludable, reflejado en los cambios que la pareja adoptara en su conducta violenta, con más autocontrol (C-1, C-3, C-5), al igual que la participante con tratamiento parcial (C-9). Esto último, recordemos, la única referencia es la de la mujer, y por supuesto, nos interesa su percepción de la relación, y con ello, podemos afirmar que es un indicador más de la efectividad de la TBH. No obstante, sería valioso entrevistar a las parejas de estas mujeres, y ratificar si perciben cambios en su comportamiento a partir de la participación de la esposa, pareja o expareja, en el estudio.

Eran dos los casos en los que aún se presentaba la violencia de tipo físico al cierre. En uno de estos casos, estuvo en riesgo constante durante todo el tratamiento (C-2), y es uno de los casos que logró controlar la violencia a partir del divorcio, que finalmente, consiguió inmediatamente después de concluida la TBH.

El otro caso (C- 3), la violencia al momento del seguimiento era de una intensidad menor (leve) y era mutua. Este caso nos presenta un hallazgo adicional a los otros casos, el haber encontrado los resultados esperados, siendo que se trataba de una relación de pareja donde la violencia era mutua, y, en que se reduce significativamente la violencia,

tanto en uno como en el otro, por lo que sería interesante aplicar la TBH a más casos de este tipo, o bien, aplicarla solo a los agresores añadiendo una meta sobre el autocontrol, y de igual forma, evaluar su efectividad.

Cuando las mujeres ya se separaron, el reto para que continúen en el tratamiento es menor. No así, cuando las mujeres no tienen conciencia de que viven una relación violenta, y al momento de que se dan cuenta y no desean dejar a la pareja, minimizan la situación, mencionan cosas como: *“pero nada más hace...”*; *“antes hacía, pero ya no...”* etc. Así, por ejemplo, en las encuestas realizadas por el INMujer en España (2002, 2006), separan a los casos que se reconocen a sí mismas como mujeres maltratadas por la pareja, y las que son casos técnicos, donde ellas no reconocen esa situación, lo que aumenta el reto de que se mantengan en el tratamiento.

Otra de las cosas que se quiso saber en el presente estudio, fue cuántas sesiones de psicoterapia son necesarias para una mujer que ha sufrido de violencia por su pareja tenga éxito en detener la violencia, reducirla o manejarla, o incluso superar las huellas emocionales que dejó en ella. El promedio de sesiones necesarias para concluir el tratamiento exitosamente fue 23 sesiones, si bien es cierto que no fueron igualmente exitosos unos casos que otros. Aun así, sigue siendo difícil determinar el número de sesiones adecuado. Por ejemplo, el caso 7, tuvo 28 sesiones, y al final del tratamiento no se vio que hubiera una recuperación más óptima de los síntomas, ni tampoco un fuerte desarrollo de las habilidades. Por supuesto, terminó mucho mejor cuando concluyó el tratamiento, aunque no logra adquirir el nivel más alto en todas las metas, considerando que fue una participante constante. Se infiere pues, que sus condiciones de vida, en un centro de acogida, constantemente la ponían en una situación de retraumatización. Por un lado, la organización sistémica de la casa de acogida, donde prevalecía la instigación constante de sus compañeras, cohabitantes del lugar. Muchas de ellas, mujeres con problemáticas similares,

que entraban fácilmente en conflicto en las relaciones interpersonales, dificultándole responder de manera distinta a la de ellas. Y, por otro lado, el apoyo limitado de las encargadas del lugar (Glenn y Goodman, 2015). Lo que, a su vez, la dejaba con red de apoyo inestable, siendo tan importante como es para estas mujeres, como ya se ha mencionado (Patrón-Hernández et al., 2007).

El caso 8, evidenció que estuvo participando mientras su hijo también recibía tratamiento, y en cuanto este fue dado de alta, tuvo oportunidad de continuar, o renunciar al tratamiento. No había sido constante en el mismo, se infiere que fue debido a su estado emocional de depresión, y por lo mismo, olvidaba la cita, o se quedaba dormida, según explicaba. Se le refirió a psiquiatría por este motivo, pero no acudió. Otros dos aspectos, que influyeron para no concluir la TBH, fueron, una consciencia parcial de la violencia, causada por el alto nivel de culpa, y la presión del esposo para que regresara a su lado, a cuidar de él, y de su hijo adolescente.

Por otro lado, y, para terminar, creemos que se cumplieron los objetivos planteados en el estudio, aportando cierta evidencia de apoyo a la hipótesis de que el brindar de los factores protectores suficientes a mujeres maltratadas por la pareja, las lleva a concluir con la violencia, acabando con el ciclo de esta, además de alcanzar una mejor calidad de vida. Parte de la evidencia proviene de la discrepancia entre las mujeres que completaron el tratamiento de la TBH, con respecto a las que tuvieron una parte, y las que no lo obtuvieron, siendo las primeras, las que tuvieron una evolución más satisfactoria.

Un elemento de suma importancia es el deseo que mostraron algunas de las mujeres en salir de la violencia, probablemente es que ya había una noción en su interior de no merecer ser tratadas de esa manera, mínimamente merecían respeto, si ya no había amor, por lo menos respeto. También fue importante, para que hubiera el efecto esperado, que se

abrieran a experimentar el cambio, especialmente, cuando tenían que hablar de las cosas que les habían causado dolor.

Se encontraron efectos clínicamente significativos de la TBH a partir de los beneficios que obtuvieron las participantes en su desarrollo personal y su relación de pareja con el rompimiento del ciclo de la violencia, integrados en importantes logros personales y sociales.

A partir de estos resultados se espera contribuir para la aplicación de la hipnosis, en los casos de ansiedad y depresión, donde ya hay probada evidencia de su eficacia como coadyuvante. De la misma forma se espera contribuir en el uso de la hipnosis como posible coadyuvante en el tratamiento del TEPT, en donde hasta el momento hay menos evidencia de su eficacia. Y, por supuesto, extender la posibilidad para el uso de la hipnosis como coadyuvante en el tratamiento de mujeres maltratadas por la pareja, a partir de los resultados y análisis presentados. En este mismo sentido, es menester mencionar que las demás estrategias terapéuticas desempeñaron un papel igualmente relevante, en sí mismas, y que, unificadas a la inducción formal de la hipnosis, tuvieron un efecto sinérgico. A lo que se suma la gran aceptación de las estrategias terapéuticas por la mayoría de las mujeres (N= 10/12).

Esto puede ser una fuente de motivación para extender la investigación con otro tipo de metodología con una muestra más amplia que permita evaluar la significancia estadística. Y, con ello, cumplir con criterios de significación estadística y controles más rigurosos que aporten evidencia empírica para establecer la eficacia del tratamiento. Para lo que se deberá contemplar detenidamente la complejidad que representa establecer dicha significancia estadística debido a las diferencias individuales, puesto que, lo que para una persona puede ser un efecto positivo del tratamiento, dadas sus características particulares, para otro no lo es, o no lo es lo suficiente (Chambless y Hollon, 1998 ); lo que se deberá tomar en consideración al momento de desarrollar un diseño de

investigación ulterior, para el cual los resultados del presente estudio pueden ser de gran utilidad.

Una de las fortalezas de este estudio fue el hecho de contar no solo con una evaluación inicial y otra al final, sino el poder revisar cómo fueron dándose los cambios de cada una de las participantes, mediante los estudios de caso (estudio de proceso). Algunas mujeres lograron las metas de manera aislada; los casos en que lograron integrar los logros de las metas, son las que a su vez pudieron terminar con el ciclo de la violencia. Más que incrementar los recursos personales, se potencializaron. No podemos hablar de un aumento, por la dificultad de distinguir entre los que ya tenían y los que adquirieron, más pareciera que al reducir su sintomatología como la depresión, la ansiedad y el TEPT, son capaces de descubrir o redescubrir sus propios recursos personales, todos aspectos que habían quedado reducidos u olvidados por el maltrato.

De igual forma que Walker (2004), se llegó a la conclusión de que “el mejor regalo que un terapeuta puede hacer a una mujer víctima es escuchar y validar sus experiencias” (p.216).

## **9. Limitaciones**

Las evaluaciones especialmente del antes y el después de la TBH, fueron exclusivamente clínicas. No hubo aplicación de pruebas validadas y estandarizadas que pudieran confirmar los resultados obtenidos, por lo que se sugiere en estudios posteriores se realicen.

Tampoco hubo grupo de control de ningún tipo, o grupo de tratamiento placebo, debido al carácter urgente de atención de las mujeres debido al riesgo en el que vivían. Recordemos que la mayoría (N=7/12) aun convivía con el agresor.

Uno de los aspectos que no se analiza en el presente estudio es la alianza terapéutica, factor que pudo haber sido relevante en el logro de las metas; solo se puede mencionar que en las supervisiones clínicas se retroalimentó, este aspecto y al parecer todas la terapeutas estuvieron conscientes de mantener una buena alianza terapéutica; sin embargo, se recomienda enfatizar este aspecto de la relación terapéutica en futuros análisis de los datos, así como, indagar sobre los factores determinantes de la adhesión al tratamiento.

La muestra es pequeña por lo que los resultados no son generalizables, además de que pudo haber ósmosis informativa entre las participantes, lo que puede influir en alguna medida en los resultados.

Finalmente, el proceso terapéutico fue conducido por psicólogos en formación, estudiantes en la fase final de su licenciatura, o recién terminada, prestando su servicio social profesional, por lo que carecían de suficiente experiencia en psicoterapia si bien se trató de mitigar el posible efecto negativo con entrenamiento específico para ello, debido a que este proyecto estaba orientado a la formación de recursos humanos.



**Referencias**

- Abbatiello, G. (2006). Integrative perspectives. Cognitive-behavioral therapy and metaphor. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(3), 208-210.
- Abia, J., y Robles, T. (1993). *Autohipnosis: Aprendiendo a caminar por la vida*. México: Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México.
- Abramowitz, E.G., y Bonne, O. (2013). Use of hypnosis in the treatment of combat post-traumatic stress disorder (PTSD). *Harefuah*, 152(8), 490-497
- Acosta, R., y Hernández, J. (2004). La autoestima en la educación. *Límite*, 1(11), 82-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601104>
- Adler, A. (1968). A. Adler. Breves comentarios sobre razón, inteligencia y debilidad mental [original 1928]. En H.L. Ansbacher y R.R. Ansbacher (Eds.). A. Adler. *Superioridad e interés social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Agras, W. S., Kazdin, A. E, y Wilson, G. T. (1979). *Behavior therapy: Toward an applied clinical science*. S. Francisco, CA: Freeman.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, Ma. P., Garrido C., Mundaca I., Rincón, P., Troncoso V., y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(2), 114-122. doi: [org/10.4067/S0717-92272010000300004](https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004)
- Albertin, P., Cubells, J., y Calsamiglia, A. (2009). Algunas propuestas psicosociales para abordar el tratamiento de la violencia hacia las Mujeres en los Contextos Jurídico-Penales. *Anuario de Psicología Jurídica*, 19, 111-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315025340010>
- Alhabib, S., Nur, U., y Jones, R. (2010). Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *Journal Family Violence*, 25, 369-382. doi: [10.1007/s10896-009-9298-4](https://doi.org/10.1007/s10896-009-9298-4)
- Alladin A., y Alibhai A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166. doi: [10.1080/00207140601177897](https://doi.org/10.1080/00207140601177897)

- Alloy, L., Peterson, Ch., Abramson, L., y Seligman, M. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 681-687. doi: 10.1037/0022-3514.46.3.681
- Álvarez-Ramírez, L. Y. (2008). Modelos ecológicos de la violencia familiar. Los sistemas autoritarios y de género como posibles referentes explicativos a su interior. *Perspectivas en Psicología*, 5(1). Recuperado de [http://www.marcelinotrujillo.com/descargas/int\\_ciencias\\_sociales\\_2a\\_edicion\\_esfinge/bloque\\_siete/tema2problm\\_sociales/modelos\\_ecologicos\\_de\\_la\\_violencia\\_familiar.pdf](http://www.marcelinotrujillo.com/descargas/int_ciencias_sociales_2a_edicion_esfinge/bloque_siete/tema2problm_sociales/modelos_ecologicos_de_la_violencia_familiar.pdf)
- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Texto revisado. Edición española, (Eds.) Juan J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miyar. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). División 30, new definition of hypnosis. *Psychological bulletin*, 13.
- Amor, P., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720202>
- Anbar, R. D., y Hummell, K. E. (2005). Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric pulmonary center. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 45-49. doi:10.1080/00029157.2005.10401489

- Anónimo. *Historia del Águila*. Recuperado el 10 de marzo, 2009, de <https://acurucate.wordpress.com/2007/07/01/la-historia-del-aguila/>
- Arnold, M., y Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta de Moebio*, 3, 40-49. Recuperado de [www.moebio.uchile.cl/03/firprinci.htm](http://www.moebio.uchile.cl/03/firprinci.htm)
- Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (2015). *Definiciones de hipnosis*. Recuperado de <http://www.aahea.net/hipnosis/definiciones-de-hipnosis/>
- Atenciano-Jiménez, B. (2009). Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clinica y Salud* 20(3), 261-272. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613881007>
- Attias, J., Shemesh, Z., Shoham, C., Shahar, A., y Sohmer, H. (1990). Efficacy of self-hypnosis for tinnitus relief. *Scandinavian Audiology*, 19(4), 245-249. doi:10.3109/01050399009070779
- Auerswald, E. H. (1968). Interdisciplinary versus ecological approach. *Family Process*, 7(2), 202-215. [Article first published online: 17 AUG 2004]. doi: 10.1111/j.1545-5300.1968.00202.x
- Aumentan denuncias de hombres maltratados (2011, febrero 10). *La Hora Nacional, País: Madrid*. Recuperado de [http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101092867/-1/Aumentan\\_denuncias\\_de\\_hombres\\_maltratados.html#](http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101092867/-1/Aumentan_denuncias_de_hombres_maltratados.html#)
- Ávila-Espada, A. (1991). La psicoterapia breve y la intervención en crisis: dos estrategias de intervención en salud mental comunitaria. *Psiquiatría Pública*, 3(4), 174-186.
- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gneccchi-Ruscione, T., Ugo, L., y Danzi, G. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *American Journal of Cardiology*, 93, 1035-1038.
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z., y Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer.

- Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1131-1137. doi:10.1016/s0022-3999(02)00409-9
- Balint, M., y Ornstein, H. (1996). *Psicoterapia focal: Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock*. Barcelona: Gedisa.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theories*. Englewood Cliffs. New Jersey, NJ: Prentice Hall.
- Bandura A., y Ribes, E. (1975). *Modificación de conducta*. México: Trillas.
- Bandura, A., Ross, D., y Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582. Recuperado de <http://psychclassics.yorku.ca/Bandura/bobo.htm>
- Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., French, B., y Watkins, J.G. (2013). Efficacy of single-session abreactive ego state therapy for combat stress injury, PTSD, and ASD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 1-19. doi: 10.1080/00207144.2013.729377
- Barber, T. X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies. En S. J. Lynn, y J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (pp. 333-375). Columbus, OH: Merrill. (Traducción, 1988, Bilbao: DDB).
- Barcelata-Eguiarte, B., y Álvarez-Antillón, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 35-45, 05. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552005000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100003)
- Barnes J., Dong C.Y., McRobbie H., Walker N., Mehta M., y Stead L.F. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD001008). doi: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
- Bateson, G. (1956). *Pasos hacia una ecología de la mente*. B. Aires: Lohlé (ed.) 1976.

- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. and Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Systems Research and Behavioral Science*, 1, 251–264. doi: 10.1002/bs.3830010402
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bellack, L., y Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Belsky, J., y Khanna, P. (1994). The effects of self-hypnosis for children with cystic fibrosis: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(4), 282-292. doi:10.1080/00029157.1994.10403088
- Ben-Zvi, Z., Spohn, W. A., Young, S. H., y Kattan, M. (1982). Hypnosis for exercise-induced asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 125, 392-395.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría general de los sistemas*. (Decimosexta reimposición, 1976). México: Fondo de Cultura Económica.
- Besteiro-González, J. L., y García-Cueto E. (2000). Utilización de la hipnosis en el tratamiento de la depresión mayor. *Psicothema*, 12, (4), 557-560. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712407>.
- Blaine, B., y Crocker, J. (1993). Self-esteem and self-serving biases in reactions to positive and negative events: An integrative review. En R. E. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*, pp. 55-85. New York: Plenum Press.
- Blanchard E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., y Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669-673. Recuperado de

[https://msrc.fsu.edu/system/files/Blanchard%20et%20al%201996%20Psychometric%20properties%20of%20the%20PTSD%20Checklist%20\(PCL\).pdf](https://msrc.fsu.edu/system/files/Blanchard%20et%20al%201996%20Psychometric%20properties%20of%20the%20PTSD%20Checklist%20(PCL).pdf)

Bollaín, Iciar (2003). *Te doy mis ojos* [cinta cinematográfica], García de Leániz, Santiago y González Macho, Enrique (productores). España: La Iguana y Alta PC.

Bolocofsky, D. N., Spinler, D., y Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioural weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 35-41. doi: 10.1002/1097-4679(198501)41:1<35::AIDJCLP2270410107>3.0.CO;2-Z

Bowers, K. S. (1976). *Hypnosis for seriously curious*. Monterey, CA: Brooks-Cole.

Braier, E. A. (1981). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision.

British Psychological Society (2001). The nature of hypnosis. Leicester, RU): British Psychological Society. En: Sociedad Británica de Psicología (2002), *La naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro.

Brom, D., Kleber, R. J., y Defare, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612. doi: 10.1037/0022-006X.57.5.607

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Brown, D. (2007). Evidence-Based hypnotherapy for asthma: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 220-249. doi:10.1080/00207140601177947

Brown, D., y Dutton, K. A. (1995). The thrill of victory, the complexity of defeat: Self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 712-722. Recuperado de <http://faculty.washington.edu/jdb/articles/The%20Thrill%20of%20Victory.pdf>

- Brown, D., y Hammond, D.C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis in obstetrics, labor and deliver, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371. doi: 10.1080/00207140701338654
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.D., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., y Hopwood, S. (2005). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behavioral and Research and Therapy*, 44, 1331-1335. doi: 10.1016/j.brat.2005.04.007
- Bucay J. (2006). *Cuentos para pensar*. [2a. edición/décima sexta reimpresión]. México: Ed. Océano.
- Buñuel, Luis (director) (1953). *Él* [cinta cinematográfica], Dancigers, Óscar (productor). México: Ultramar Films.
- Butler, L. D., Symons, B. K., Henderson, S. L., Shortliffe, L. D., y Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115, 77-85. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/1/e77.full.pdf+html?sid=fb14c227-349e-43b6-8c47-6fe2108c0210>
- Buvinic, M., y Morrison A. (1999). *Violence as an obstacle to development*. [Technical Note 4: Economic and social consequences of violence]. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, (pp. 1-8).
- Bybee, D. I., y Sullivan, C. M. (2002). The process through which a strengths-based intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 103-132. doi: 10.1023/A:1014376202459
- Byom, T. K. (2009). A comparison of the effectiveness of three group treatments for weight loss. [Dissertation Abstracts International: Section B]. *The Sciences and Engineering*, 71(3-B), 2070.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336. Abstract. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8

- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema*, 10, 571-581.
- Capafons, A. (1988c). El entrenamiento asertivo. *Informació Psicològica*, 34, pp. 26-38.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15, 77-78. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31121>
- Capafons, A. (2012). *Hipnosis. Segunda edición ampliada y revisada*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A., Alarcon, A., y Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, (2), 158-172.
- Capafons, A., y Mendoza, M. E. (2010). Waking hypnosis in clinical practice. En S.J. Lynn, J.W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.). *Handbook of clinical hypnosis* (2nd edition) (pp. 293-317). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Cardena, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 225-238. doi:10.1080/00207140008410049
- Carlson, B.E. (1977). Battered women and their assailants. *Social Work*, 22(6), 445-460. doi: 10.1093/sw/22.6.455
- Cascardi, M., y O'Leary K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7(4)249-259.
- Cascardi, M., O'Leary K.D., y Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227-249. doi:10.1023/A:1022827915757
- Castanyer, O. (2010). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

- Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J., y Rull, M. (2012) Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-Term outcome. *The Journal of Pain*, 13(3), 255-265. doi: 10.1016/j.jpain.2011.11.005
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., y Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11(4), 463-468. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.06.006
- Centro Reina Sofía (2009). *Informe Mujeres asesinadas por su pareja. (2003-2007)*. Valencia, España: Valencian International University y Autor. Recuperado de <http://mujeresdeguatemala.org/wp-content/uploads/2014/06/Informe-Mujeres-asesinadas-por-su-pareja-2009.pdf>
- Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492010>
- Chambless, D.L., y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1) 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chang, E.C., D'Zurilla, T.J., y Sanna, I.J. (2004). *Social Problem-Solving: Theory, Research, and Training*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Chaves, J. F. (1997). Hypnosis in dentistry: Historical overview and critical appraisal. *Hypnosis International Monographs*, 3, 5-23.
- Christensen, C., Barabasz, A., y Barabasz, M. (2013). Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: Trauma resolution, depression, and anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(1), 20-37. doi: 10.1080/00207144.2013.729386
- Clements, C.M., Sabourin, C.M., y Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence*, 19(1), 25-36. Recuperado de <http://libres.uncg.edu/ir/uncw/f/clementsc2004-1.pdf>

- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(5), 147S-165S. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622316010>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1995). *Convención Interamericana Para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*, "Convención De Belém Do Pará".
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (s/f). *Relatoría sobre los derechos de la mujer*. Organización de los Estados Americanos (OEA). Recuperado de <https://www.cidh.oas.org/women/Accesso07/cap2.htm>
- Corbalán, J., y Patró-Hernández, R. (2003, mayo). Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. En Conferencia invitada en las *II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral*. Murcia.
- Corsi, J. (1999). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Crasilneck, H. B., y Hall, J. A. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications* (2ª ed.). Nueva York: Grune and Strantton.
- Crespo, M., y Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849-863. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17217376030>
- Cruz, J. (1984). Breve historia de la modificación y terapia de la conducta en España. *Anuario de Psicología*, 30/31, 9-29.
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L., y Andrew, M.I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4) 505-11. doi: 10.1093/bja/ae225

- Da Dalt, E., y Difabio, H. (2002). Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares. *Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18019201>
- Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum.
- Davanloo, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Aronson Inc.
- Davanloo, H. (1992). *Psicoterapia breve. El desbloqueo del inconsciente*. Madrid: Dor.
- De Shazer, S. (1979). On transforming symptoms: an approach to an Erickson procedure. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(1), 17-28.
- De Shazer, S. (1997). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). *Brief therapy: focused solution development*. *Family Process*, 25(2), 207-221.
- Diego, I. M., Serrano, Á., Conde, C., y Cabello, E. (2006). Técnicas de reconocimiento automático de emociones. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*. 7(2), p. 107-127. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=201017296007>
- Diment, A.D. (1991). Uses of hypnosis in diabetes-related stress management counseling. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 19, 97-101.
- Dobbin A., Maxwell M., y Elton R. (2009). A benchmarked feasibility study of a self-hypnosis treatment for depression in primary care. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 293-318. doi: 10.1080/00207140902881221
- Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse. Solution-focused therapy and ericksonian hypnosis for adult survivors*. Ed. New York: Norton.
- Doria, J. Ma. (2004). El verdadero valor del anillo. En J. Ma. Doria. *Cuentos para Aprender a Aprender*. Editorial Gaia.

- Dutton, D.G., y Painter, S.L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, 139-155.
- Dutton, D.G., y Painter, S.L. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal Orthopsychiatric*, 63(4), 614-622.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Eads, B., y Wark, D.M. (2015). Alert hypnotic inductions: use in treating combat post-traumatic stress disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(2), 159-70.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., y De Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psichotema*, 14, supl., 139-146. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7971/7835>
- Eckstein, D., y Sarnoff, D. (2007). Four adlerian metaphors applied to couples counseling. *The Journal of Individual Psychology*, 63(3).
- Edwards, S. D., y Van Der Spuy, H. I. (1985). Hypnotherapy as a treatment for enuresis. *Journal of Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 26(1), 161-170. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb01635.x
- Eitner, S., Wichmann, M., Schultze-Mosgau, S., Schlegel, A., Leher, A., Heckmann, J., ... Holst, S. (2006). Neurophysiologic and long-term effects of clinical hypnosis in oral and maxillofacial treatment: A comparative interdisciplinary clinical study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(4), 457-479. doi: 10.1080/00207140600856897
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart.

- Ellsberg M., Jansen H.A., Heise L, Watts CH., y Garcia-Moreno C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 9619(371), 1165-72. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)* (2003). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especial/es/endireh/endireh2003/default.aspx>
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)* (2006). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Instituto Nacional de las Mujeres, México, México: INEGI. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2007/endireh06\\_eum\\_tab.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2007/endireh06_eum_tab.pdf)
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)* (2011). *Panorama de violencia contra las mujeres en México*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). México: INEGI. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endireh/2004/EUM\\_endireh.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endireh/2004/EUM_endireh.pdf)
- Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM)* (2003). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo* (2007). México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Entwistle, P. A., Webb, R. J., Abayomi, J. C., Johnson, B., Sparkes, A. C., y Davies, I. G. (2014). Unconscious agendas in the etiology of refractory obesity and the role of hypnosis in their identification and resolution: A new paradigm for weight-management programs or a paradigm revisited? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(3), 330-359. doi:10.1080/00207144.2014.901085
- Erickson, M., y Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington.

- Estrada-Pineda, C., Herrero-Olaizola, J., y Rodríguez-Díaz, F. J. (2012). La red de apoyo en mujeres víctimas de violencia contra la pareja en el estado de Jalisco (México). *Universitas Psychologica, 11*(2) 523-534.
- Ewer, T. C., y Stewart, D. E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: A randomized controlled trial. *British Medical Journal, 293*, 1129-1132. doi:10.1136/bmj.293.6555.1129
- Expósito F., y Ruiz S. (2010). Reeducción de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial, 19*(2), 145-151. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179815545006>
- Fabian, T. K. (1995). Hypnosis in dentistry. Comparative evaluation of 45 cases of hypnosis. *Fogorvosi szemle, 88*, 111-115.
- Farkas, C., Hernández, B.P., y Santelices, M.P. (2010). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Universitas Psicológica, 9*(2) 409-422. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a09.pdf>
- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine Science and the Law, 14*(3), 180-183. doi: 10.1177/002580247401400307
- Ramonville, M.E., Meurisse, M., y Fissette, J. (1999). Hypnosedation: A valuable alternative to traditional anesthetic techniques. *Acta Chirurgica Belgica, 99*, 141-146.
- Félix-Cárdenas, R. (s/f). El delito de los malos tratos en el ámbito familiar. Algunas consideraciones sobre su regulación penal en España y México. *Jurídica-anuario* 23/octubre/2013, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/33/pr/pr20.pdf](http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/33/pr/pr20.pdf)
- Fernández, T. (2001). Antecedentes familiares de la autoestima y su relación con la violencia conyugal. En Fernández, T. (Comp.) *Los Rostros de la Violencia* (pp. 148-162). Baja California, México: El Colegio de la Frontera Norte.

- Fernández, T. (2004). De la agencia de delitos sexuales al Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California. Entrevista a la licenciada Gabriela Guadalupe Navarro Peraza. En T. Fernández (Ed.), *Violencia contra la mujer en México* (pp. 223-235.). México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Fernández, T. (2006). Hacia un nuevo camino: programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 65-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211105>
- Fernández, T. (2011). Musicoterapia en cuba: aplicación de un programa piloto con mujeres víctimas de violencia doméstica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1) pp. 183-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963017>
- Fernández-García R., Zurita-Ortega F., Sánchez-Sánchez L. C., Linares-Girela D., y Pérez-Cortés, A. J. (2012). Influencia de la hipnosis en la resistencia al esfuerzo en ciclistas. *Cultura\_Ciencia\_Deporte*, 21(7), 191-199. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12800/ccd.v7i21.84>
- Figley, C. R. (1983). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C.R. Figley (Ed.) *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder*, pp. 398-415. New York: Brunner/Mazel.
- Finkelhor, D. (1988). The trauma of child sexual abuse: two models. En G. Wyatt, *The lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Fiore, C., y Thomas, L. (2000). Stay-leave decision making in battered women: trauma, coping and self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 215-232. doi: 10.1023/A:1005450226110
- Fiorini, H. J. (1993). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fleury-Steiner, R. E., Bybee, D., Sullivan, C. M., Belknap, J., y Melton, H. C. (2006). Contextual factors impacting battered women's intentions to reuse the criminal legal system. *Journal of Community Psychology*, 34(3), 327-342. 16 p. 2 Charts. doi: 10.1002/jcop.20102.

- Flores, G. M., y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Porrúa-UADY.
- Flores, G. M., y Díaz-Loving, R. (2004). *Escala Multidimensional de Asertividad*. México: Manual Moderno.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. Sigmund Freud, *Obras completas Tomo III* (1916-1938) [1945]. 4ª. Ed. (1981), pp. 3339-3364. [Traducida por López-Ballesteros y de Torres, Ordenación y revisión de los textos, Dr. Jacobo Numhaser Tognola]. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Galper, D. I., Taylor, A. G., y Cox, D. J. (2003). Current status of mind-body interventions for vascular complications of diabetes. *Family and Community Health*, 26(1), 34-40. doi:10.1097/00003727-200301000-00005
- Garbarino, J. (1976). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: The impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Development*, 47(1), 178-185. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2307/1128297>
- García-Leiva, P., Domínguez-Fuentes, J., y García-Moreno, C. (2008). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Revista Ansiedad y Estrés*, 15(1), 29-38. Recuperado de [http://webdeptos.uma.es/psicologiasocial/patricia\\_garcia/evaluacion\\_estres\\_pos\\_traumatico\\_mujeres\\_malos\\_tratos.pdf](http://webdeptos.uma.es/psicologiasocial/patricia_garcia/evaluacion_estres_pos_traumatico_mujeres_malos_tratos.pdf)
- García-Moreno, C. (Ed.). (2000). Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud. [Publicación ocasional No. 6] *Género, equidad y salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud & Harvard Center for Population and Development Studies.
- García-Moreno, C., Henrica, A. F. M., Jansen, M. E., Heise, L., y Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17027732>
- Gaxiola, J., y Armenta, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 363-374.

- Gay, M. C. (2007). Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one-year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(1), 67-83. doi:10.1080/00207140600995893
- Gibson, H.B., y Heap, M. (1991). *Hypnosis in therapy*. Hillsdale: LEA.
- Glenn, C., y Goodman, L. (2015). Living with and within the rules of domestic violence shelters. *Violence against women*, 21(12), 14-81. doi:10.1177/1077801215596242
- Gobierno de España. Ministerio de Presidencia. (1989). *Ley Orgánica 3/1989*, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. Agencia Estatal Oficial del Estado, BOE-A-1989-14247. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-14247>
- Gobierno de España. Ministerio de Presidencia. (2004). *Ley Orgánica 1/2004*, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Agencia Estatal Oficial del Estado, BOE núm. 313, del 29 de diciembre de 2004, páginas 42166 a 42197 (32 págs.). Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-14247>
- Goldberg E. M., Hokoda A., y Ramos-Lira, L. (2007). Differences in effects of domestic violence between latina and non-latina women. *Journal Family of Violence*. Vol. 22(1), 1-10. doi: 10.1007/s10896-006-9051-1
- Goldstein-Fodor, I., y Epstein, R. C (1983). Assertiveness training for women. Where are we failing? En E. B. Foa, y Emelkamp, P. (Eds.). *Failures in behavior therapy*, pp. 137-158. New York: Wiley, J., and Sons.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Gómez, V. (2008). El debate en torno a la regulación de la igualdad de género en la familia. *Política y Sociedad*, 45(2), 13-28.
- Gonsalkorale, W. M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 27-50. doi:10.1080/00207140500323030

- Gonsalkorale, W. M., Houghton, L. A., y Whorwell, P. J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *The American Journal of Gastroenterology*, *97*(4), 954-961. doi: 10.1111/j.1572-0241.2002.05615.x
- Gonsalkorale, W. M., y Whorwell, P. J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *17*(1), 15-20. doi:10.1097/00042737-200501000-00004
- González, P. L., Muñoz-Rivas, M.J., Peña, E. F., Gámez, M., y Fernández, L. (2007). Análisis de las conductas agresivas en las relaciones de noviazgo en una muestra juvenil de la comunidad autónoma de Madrid. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, *7*, pp. 97-111. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2007/2007art6.pdf>
- Graham, D.L., y Rawling, E.L. (1991). Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome. En B. Levy (Ed.) *Dating Violence, Women in Danger*. Seattle, WA: Seal Press.
- Green, J.P., y Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *48*(2), 195-224. doi: 10.1080/00207140008410048
- Guerin, P. (1976). Family Therapy: the first twenty-five years. En P. Guerin (ed.), *Family Therapy*. New York: Gardner Press.
- Guerrero, R., y García, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*, *26*(2), 269-280. Recuperado de [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol\\_26\\_2\\_9.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol_26_2_9.pdf)
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson*. New York, NY, EE.UU. Norton. Versión castellana: *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. (2ª. ed., 2012). Buenos Aires y Madrid. Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H Erickson, M.D.* Volumes I-III. New York, New York. Triangle Press.

- Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219.
- Hasan, F.M., Zagarins, S.E., Pischke, K.M., Saiyed, S., Bettencourt, A.M., Beal, L., Macys, D., Aurora, S., y McCleary, N. (2014). Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(1), 1-8. doi: 10.1016/j.ctim.2013.12.012
- Heise, L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4, 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002
- Heise L, Ellsberg M, y Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women*. Baltimore, M.D.: Johns Hopkins University Press.
- Heise L, y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En Krug, E., Dahlberg y J. A. Mercy (Eds.). *World Report on Violence and Health*, pp. 87-121. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Heise, L., Pitanguy, J., y Germain, A. (1994). *Violence against women: The hidden healthy burden*. [Violencia contra la mujer: la carga oculta en salud]. World Bank discussion papers; no. WDP 255. Washington, D.C.: The World Bank. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/489381468740165817/Violence-against-women-the-hidden-health-burden>
- Hely, J.M., Jamieson, G.A., y Dunstan, D. (2011). Smoking cessation: A combined cognitive behavioural therapy and hypnotherapy self-help treatment protocol. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39(2), 196-227. Recuperado de [https://www.academia.edu/7260177/smoking\\_cessation\\_a\\_combined\\_cognitive\\_behavioural\\_therapy\\_and\\_hypnotherapy\\_self-help\\_treatment\\_protocol](https://www.academia.edu/7260177/smoking_cessation_a_combined_cognitive_behavioural_therapy_and_hypnotherapy_self-help_treatment_protocol)
- Herman, L. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Hickling, E. J., y Blanchard, E. B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle

- accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 191–203. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00090-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00090-3)
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace and World.
- Hirigoyen, M.F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Holden G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3). doi 10.1023/A:1024906315255.
- Ilescas, V. (2001). Ay Amor, ya no me quieras tanto. Nuestros hogares, ¿seguridad o muerte latente? En T. Fernández (Ed.). *Los Rostros de la Violencia* (pp. 135-147). Baja California, México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Instituto Canario de la Mujer (2009). *Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género*. Editada por: Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda. Gobierno de Canarias.
- Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre la Violencia Contra Las Mujeres - Informe de resultados*. SIGMADOS para el Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Políticas de Igualdad. España. Autor. Recuperado de <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/Spain/publication.pdf>
- Instituto Federal Electoral (IFE, 2000). *Consulta Infantil y Juvenil*, México D.F.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2008). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007, resumen ejecutivo*. Recuperado de [http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVINOV\\_2007\\_-\\_Resultados\\_Generales\\_2008.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVINOV_2007_-_Resultados_Generales_2008.pdf)

- Instituto Nacional de Estadística (INE, mayo 2013). *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género, Año 2011*. Notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np780.pdf>
- Jacknow, D. S., Tschann, J. M., Link, M. P., y Boyce, W. T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 15*(4), 258-264. doi:10.1097/00004703-199408000-00007
- Jaramillo-Vélez, D., Ospina-Muñoz, D., Cabarcas-Iglesias, G., y Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública, 7*(3), 281-292.
- Jay, F. (2002). Exploring Ferenczi's concept of identification with the aggressor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship. [Fue publicado originariamente en *Psychoanalytic Dialogues*]. *Journal of Relational Perspectives, 12*(1), 101-139. [Copyright 2002 de Analytic Press, Inc. Traducido y publicado con autorización de The Analytic Press, Inc.]. *Revista Internacional de Psicoanálisis, 11*. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000201>
- Jensen, M. P., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Barber, J., Cardenas, D.D., Kraft, G. H., Hoffman, A. J., y Patterson, D. R. (2005). Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: A Case Series. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 53*(2) 198–228. doi: 10.1080/00207140590927545.
- Jensen M., y Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(1) 95-124. doi: 10.1007/s10865-005-9031-6.
- Johnson, L. S., Johnson, D. L., Olson, M. R., y Newman, J. P. (1981). The uses of hypnotherapy with learning-disabled children. *Journal of Clinical Psychology, 37*(2), 291-299. doi: 10.1002/1097-4679(198104)37:2<291::aid-jclp2270370211>3.0.co;2-d
- Jordan, B. K., Schlenger, W.E., Hough, R., Kulka, R.A., Weiss, D., Fairbank, J.A., y Marmar, C. E. (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Archives of General Psychiatry, 48*, 2007-2015.

- Kai-Ching Yu, C. (2005). Application of cognitive-behavioral hypnotic treatment for anxiety management in the Chinese. *Contemporary Hypnosis*, 22(2) p. 104-114. doi: 10.1002/ch.30
- Kai-Ching Yu, C. (2006). Cognitive-behavioral hypnotic treatment for managing examination anxiety and facilitating performance. *Contemporary Hypnosis* 23(2): 72-82 (2006). Published online in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com) doi: 10.1002/ch.310
- Katherine, A. (1999). *Donde terminas tú, empiezo yo*. Madrid, España: Editorial: EDAF.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C., y Glaser, R. (2001). Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 674-682. doi:10.1037/0022-006x.69.4.674
- Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E., y Amigó, S. (1999). Clinical hypnosis and self-regulation: An introduction. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña, y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation therapy: A cognitive-behavioral perspective*, (pp. 3-18). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Klein, E., Campbell, J. C., Soler, E., y Ghez, M. (1997). *Ending Domestic Violence: Changing Public Perception/Halting the Epidemic*. London: SAGE Publications, Inc.
- Korchin, S. J. (1976). *Modern clinical psychology: Principles of interventions in clinic and community*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., y Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>
- Kwan, P. (2009). Phase-Orientated hypnotherapy for complex PTSD in battered women: an overview and case studies from Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37(1), 49-59. Recuperado de <http://www.priskwan.com/images/works/vol-37.pdf>

- Labrador, F., y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(2), 117-130.
- Labrador, F., Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3) 527-547. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760302>
- Labrador, F., Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico, 6*(13), 49-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469005>
- Labrador, F., Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de las mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema, 22*(1), 99-105. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/9007/8871>
- Labrador, F.J., Rincón, P.P., De Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Laidlaw, T., Bennett, B. M., Dwivedi, P., Naito A., y Gruzelier J. (2005). Quality of life and mood changes in metastatic breast cancer after training in self-hypnosis or johrei: a short report. *Contemporary Hypnosis, 22*(2), H4-9S. doi: 10.1002/ch.27
- Lakoff, G. y Johnson, M. (2001). *Metáforas de la vida cotidiana*. (2a ed.). Madrid: Cátedra. [Metaphors we live by]. University of Chicago Press, 1980.
- Lamoglia, E. (1995). *El triángulo del dolor. Abuso emocional, estrés y depresión*. México. Editorial Grijalbo.
- Langley, R., y Levy, R. C. (1977). *Wife beating: The silent crisis*. New York: E. P. Dutton.
- Lankton, S. R., y Matthews (2010). An ericksonian model of clinical hypnosis. En S.J. Lynn, J.W. Rhue, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2nd edition) (pp. 209-237). Washington, D.C: American Psychological Association.

- Lara, Ma. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., y Rubí, N. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232604>
- Larraín, S., y Bascuñán, C. (Eds.) (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*, 9 (pp. 7). CEPAL-UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf)
- Lazarus, A. (1966). Behaviour rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in effecting behaviour change. *Behaviour Research and therapy*, 4(3), 209-12. doi:10.1016/0005-7967(66)90008-8?
- Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- León, A., Rodríguez, C., Ferrel, F., y Ceballos, G. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24, 91-105. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21312270005>
- Lioosi, C., White, P., y Hatira, P. (2006). Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychology*, 25(3), 307-315. doi:10.1037/0278-6133.25.3.307
- Lloret, D., Montesinos, R., y Capafons, A. (2014). Waking self-hypnosis efficacy in cognitive-behavioral treatment for pathological gambling. An effectiveness clinical assay. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 50-69. doi: 10.1080/00207144.2013.841474
- Lobe, T. E. (2006). Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *Journal of laparoscopic and advanced surgical techniques*, 16(6), 639-642. doi:10.1089/lap.2006.16.639

- López, N., y Domínguez, R. (1993). Medición de la autoestima en la mujer universitaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 257-273. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525208>
- López-Rodríguez, R., y Peláez-Moya, S. (Eds.) (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. [Informes, estudios e investigación 2012]. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)
- López-Rosales, F., Moral, J., Díaz-Loving, R., y Cienfuegos-Martínez, Y. (2013) Violencia en la pareja. Un análisis desde una perspectiva ecológica. *Ciencia Ergo Sum*, 20(1), 6-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10425466009>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, (3) 159-174. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/\(2\)%202008\(3\).L%C3%B3pez%20Soler%20\(2008.RPPC\).%20Reacciones%20postraum%C3%A1ticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf](http://www.aepcp.net/arc/(2)%202008(3).L%C3%B3pez%20Soler%20(2008.RPPC).%20Reacciones%20postraum%C3%A1ticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf)
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. España: Ares y Mares editores.
- Loubat, M., Ponce, N. P., y Salas, P. (2007). Estilo de apego en mujeres y su relación con el fenómeno de maltrato conyugal. *Terapia psicológica*, 25(02), 113-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525202>
- Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozely, M.G., y Oldham, R.K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 509-524.
- Lynn, S. J., Green, J. P., Kirsch, I., Capafons, A., Lilienfeld, S. O., Laurence, J-R., y Montgomery, G. H. (2015). Grounding hypnosis in science: The “new” APA Division 30 definition of hypnosis as a step backwards. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 390-401. doi: 10.1080/00029157.2015.1011472
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., y Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to

- the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 239-259. doi:10.1080/00207140008410050
- Lynn, S. J., Kirsch, I., y Rhue, J. W. (2010). An introduction to clinical hypnosis. En S. J. Lynn, J. W. Rhue, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2a ed.) (pp. 3-18). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., y Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires Amorrortu.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D. H. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Martín, D. (1976). *Battered wives*. San Francisco: Blide Publications.
- Martínez, C., Castell, A., Capafons, A., Sala, J., Espejo, B., y Cardaña, E. (2008). Hypnotic treatment synergizes the psychological treatment of fibromyalgia: a single case design. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 311-321. doi:10.1080/00029157.2008.10404298
- Martínez-González, J., Albein-Urios, N., Munera, P., y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539003>
- Masip, J., Pont, C. y Salaberry A. (2010). Grupo de mujeres en situación de maltrato. Evolución metodológica. *Psychosocial Intervention*, 19(1), 73-87. Recuperado de: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=179815544008>
- Matud, M.P. (2004a). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3009.pdf>

- Matud, M.P. (2004b). Autoestima en la mujer: un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140.
- Matud, M.P., Fortes D., y Medina L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 199-207. doi: 10.1016/j.psi.2014.06.001
- Matud, M., Gutiérrez, A., y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1155>
- Matud, M.P., Padilla, V., y Gutiérrez, A.B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. (2a edición, 2009). Madrid, España: Minerva ediciones.
- Maudoux, A., Bonnet, S., Lhonneux-Ledoux, F., y Lefebvre, P. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy. *B-ENT*, 3, 75-77.
- McCann, B.S., y Landes, S.J. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: considerations in research design and methods. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 147-64.
- McDonnell, K.A., y Abdulla, S.E. (2001). *Project AWARE: Research Project*. Washington, DC: Asian/Pacific Islander Domestic Violence Resource Project.
- Medina, J., y Barberet, R. (2003). Intimate partner violence in Spain findings from a national survey. *Violence Against Women*, 9, 302-322. doi: 10.1177/1077801202250073
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York, Plenum Press.
- Meichenbaum, D., y Cameron, R. (1982). Cognitive-behavior therapy. En G. Wilso, y C. Franks (Eds.) *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.

- Mendoza, M.E., y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1699.pdf>
- Mendoza, M. E., Capafons, A., Gralow, J. R., Syrjala, K. L., Suárez-Rodríguez, J. M., Fann, J. R., y Jensen M. P. (2016). Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 1-7. doi: 10.1002/pon.4232
- Milling, L. S., y Costantino, C. A. (2000). Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 113-137. doi:10.1080/00207140008410044
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. (2a Ed.) Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Lee, W.Y., y Simon, G.M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Moix-Queraltó, J. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del psicólogo*, 27, (002), 116-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827207>
- Molina-del-Peral, J. A., Mendoza, M. E., Capafons, A., y Llanes-Basulto, Y. (2016). Hipnosis clínica: Evaluación de su eficacia y calidad de la investigación en psicología. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 13(2), Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/2016/Nro%202/hipnosis%20clinica.html>
- Montero-Gómez, A. (1999). Psicopatología del síndrome de Estocolmo. Ensayo de un modelo etiológico. *Ciencia policial* 51. Recuperado de <http://www.caminos.org.uy/sindromedeestocolmo.pdf>.
- Montero-Gómez, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1), 5-31. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618320001>
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., y Silverstein, J. H. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention

- to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(17), 1304-1312. doi:10.1093/jnci/djm106
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., y Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94(6), 1639-1645. doi:10.1213/00000539-200206000-00052
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., y Reed, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. doi:10.1080/00207140008410045
- Montoya, M., y Sol, C. (2001). *Autoestima: Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y Desarrollo Humano*. México: Editorial Pax México.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y., y Garrosa, E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 363-380. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317121008>
- Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (Eds.) (2015). *A Guide to treatments that work* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- National Institute of Health (NIH, 1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA*, 276(4), 313-318.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York, NY: Springer.
- Nichols, M., y Schwartz, R. (2004). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Nieto-Martínez, I., y Mingote-Adán, J.C. (2010). Tratamiento individual para las víctimas de violencia, en García-Mina (Ed.). *La violencia contra las mujeres en la pareja*.

- Claves de análisis y de intervención*. España: Editores, Universidad Pontificia Comillas, Colecciones: Familia y Sociedad, 5.
- Norwood, R. (2008). *Mujeres que aman demasiado*. Barcelona: Zeta Bolsillo.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson* (1a Ed. En Español) [Título original: Taproots. Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis, 1987]. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W., y Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Ochberg, F.M. (1971). Victims of terrorism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 73-74.
- Orava, T.A., McLeod, P. J., y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11(2), 167-186. doi: 10.1007/BF02336668
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). *Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Recuperado de [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter6/es/index.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/9789241564007\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf)
- Organización de Naciones Unidas. (ONU, 1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas.
- Organización de Naciones Unidas (ONU, 2012). Campañas mundiales. 01/03/2013, de ONU Mujeres. Recuperado de <http://www.endvawnow.org/es/articles/158-campanas-mundiales.html>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10a. revisión. [Edición original: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision]. Ginebra, OMS, 1994. Washington, D.C.: OPS. 3 v. — (Publicación Científica; 554).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995). Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, 118(2). Autor/Organización de los Estados Americanos (OEA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Organización Diálogo Interamericano.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003a). La violencia en la pareja. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*(pp. 95-158). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003b). La violencia sexual. Informe Mundial sobre la violencia y la salud, 159-197. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003c). La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. En Organización Panamericana de la Salud (Autor). (Publicación ocasional Núm. 12. Velzeboer, M., Ellsberg, M., Clavel, C. y García, C., redactoras). Washington, D.C.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: OPS, 2010.
- Ortín, B., y Ballester T. (2005). *Cuentos que curan*. (3ra. Ed., 2007). Editorial Océano S. L., Barcelona, España.
- Osorio, M. (1978). *La mariposa dorada*. Valladolid, España: Macrolibros, S. A.
- Pacheco, M. (2000). La influencia de Erickson en la terapia breve actual y el terapeuta ericksoniano hoy. [Publicado originalmente en *Hipnópolis*, 1(4)]. Recuperado de [http://www.hipnosis.org.es/hipnosis\\_pdf/hipnosis\\_influencia.pdf](http://www.hipnosis.org.es/hipnosis_pdf/hipnosis_influencia.pdf)

- Palsson, O. S. (2006). Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: The North Carolina protocol. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 51-64. doi:10.1080/00207140500322933
- Patr6-Hern6ndez, R., Corbal6n-Bern6, F. J., y Limi6nana, R. Ma. (2007). Depresi6n en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situaci6n de violencia. *Anales de psicolog6a*, 23(1), 118-124. Recuperado de [www.um.es/analesps/v23/v23\\_1/15-23\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/15-23_1.pdf)
- Patr6-Hern6ndez, R., y Limi6nana, R. (2005). V6ctimas de violencia familiar: consecuencias psicol6gicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicolog6a*, 21(1), 11-17. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/02-21\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf)
- Patterson, D. R., y Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129(4), 495-521. doi: 10.1037/0033-2909.129.4.495
- Pereira-Tercero, R. (1994). Revisi6n hist6rica de la terapia familiar. *Revista Psicopatolog6a*, 14(1), 5-17. Recuperado de [http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n\\_Hist%C3%B3rica\\_de\\_la\\_TF.pdf](http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf)
- Pick, S., Leenen, I., Givaudan, M., y Prado, A. (2010). Yo quiero, yo puedo...prevenir la violencia: Programa breve de sensibilizaci6n sobre violencia en el noviazgo. *Salud Mental*, 33(2), 153-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58215623006>
- Pinheiro, P. (2006). *Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Ni6os y Ni6as, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Ni6os*. Nueva York. Publicaci6n de las Naciones Unidas. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)
- Pinnell, C.M., y Covino, N.A. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.
- Pittler, M. H., y Ernst, E. (2005). Complementary therapies for reducing body weight: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1030-1038. doi: 10.1038/sj.ijo.0803008

- Pizzey, E. (1974). *Scream quietly or the neighbors will hear*. Harmondsworth: Pinguin.
- Poon, M. W. (2009). Hypnosis for complex trauma survivors: four case studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(3), 263-271. doi: 10.1080/00029157.2009.10401676
- Pueyo, A. A., López, S., y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 107-122. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1543.pdf>
- Quirós-Ramírez, M. (2013). Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 1-24. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/259630165/Dialnet-HipnosisComoTratamientoDelDolorEnPacientesConFibro-4836508-1>
- Ramos, L., y Saltijeral, M. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 31(6), 469-478. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212099007>
- Raskin, R., Raps, C., Luskin, F., Carlson, R., y Cristal, R. (1999). Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension. *Stress y Health*, 15(4), 243-247. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199910)15:4<243::AID-SMI820>3.0.CO;2-O
- Ratner, H., Gross, L., Casas, J., y Castells, S. (1990). A hypnotherapeutic approach to the improvement of compliance in adolescent diabetics. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(3), 154-159. doi:10.1080/00029157.1990.10402819
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23<sup>a</sup>. ed.). Madrid, España: Autor. Recuperado de <http://www.rae.es/la-institucion>
- Research Committee of the British Tuberculosis Society (1968). Hypnosis for asthma a controlled trial. A report to the Research Committee of the British Tuberculosis Association. *British Medical Journal*, 4, 71-76. doi:10.1136/bmj.4.5623.71
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., y Pilkington, K. (2006). Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of

- effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *Journal of pain and symptom management*, 31(1), 70-84. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.010
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., y Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00736.x
- Rico, B. (2001). *Participación del sector salud en el combate a la violencia de género: antecedentes y retos para México*. Trabajo presentado en el Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas. Recuperado de [Participación del Sector Salud en el Combate a la%20\(1\).pdf](#)
- Ridington, J. (1977- 1978). The transition process: A feminist environment as reconstitutive milieu. *Victimology: An International Journal*, 2(3-4), 563-575. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=46171>
- Riegel B. (2013). Hypnosis for smoking cessation: group and individual treatment. A free choice study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(2), 146-161. doi:10.1080/00207144.2013.753824
- Rincón, P., Labrador, F., Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902210>
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Chávez-Ayala, R., y Ávila-Burgos, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública México*, 48, (supl. 2), 268-278.
- Roales-Nieto, J. G., y Buela-Casal, G. (Eds.) (2001). *Hipnosis. Fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros*. México: Instituto Milton Erickson.

- Robles, T. (1993). *La magia de nuestros disfraces*. Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. México.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional* (4a Ed, revisada). Valencia: ACDE Ediciones.
- Rodríguez-Hernández, R., y Ortiz-Aguilar, L. (2014). Las fuentes de apoyo social y su impacto en la violencia y malestar en mujeres maltratadas. *Revista Perspectivas Sociales, Social Perspectives, 16*(2), 7-257.
- Rosen, S. (1989). *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton Erickson* (1a Reimpresión) [Título original: My voice will go with you. The teaching tales of Milton H. Erickson]. México. Paidós.
- Ross, U. H., Lange, O., Unterrainer, J., y Laszig, R. (2007). Ericksonian hypnosis in tinnitus therapy: Effects of a 28-day inpatient multimodal treatment concept measured by Tinnitus-Questionnaire and Health Survey SF-36. *European Archives of Otorhinolaryngology, 264*(5), 483-488. doi:10.1007/s00405-006-0221-9
- Rousanville, B. J. (1978). Theories in marital violence: evidence from a study of battered women. *Victimology, 3*(1-2), 11-31.
- Ruben, J. (director) (1991). *Durmiendo con el enemigo* [Sleeping with the Enemy], Goldberg, Leonard (productor). Estados Unidos: 20th Century Fox.
- Rubenstein, M. y Vries, I. (1993). *How to combat sexual harassment at work a guide to implementing the European commission code of practice*. Brussels Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ruiz-Sánchez, J., y Cano-Sánchez, J. (1992). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Edición eBook: 1992. Recuperado de <http://biblioteca.iesit.edu.mx/biblioteca/L00915.PDF>
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J.M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M.I., y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria, 20*(3), 202-2008. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/v20n3/original6.pdf>

- Salber, P.R., y Taliaferro, E. (2000). Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Barcelona: Cedecs.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy* (2nd ed.). New York: Capricorn.
- Saltijeral, M.T., Ramos, L., y Caballero, M.A. (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental. *Salud Mental*, 21 (2), 10-18. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2102/sm210210.pdf>
- Sánchez-Barranco, A., y Sánchez-Barranco, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(78), 2001, 7-25. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0211-5735](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=0211-5735)
- Sanmartín, J. (Ed.) (2006). *II Informe internacional violencia contra la mujer en las relaciones de pareja Estadísticas y legislación*. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia [Serie Documentos 11]. Recuperado de <http://www.quieroayudarte.com/downloads/iiinfinter.pdf>
- Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y De Corral, P. (2008). Differential psychopathological profile of victims of intimate partner violence according to age. *Psychology in Spain* 12(1) 53-62. Recuperado de <http://zutitu.com/FitxersWeb/20/ARTICULO18.pdf>
- Saucedo, I. (1999). La Experiencia de las ONG en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica. En S. González-Montes (Ed). *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva* (75-96). México D. F: El Colegio de México.
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., y Montgomery, G. H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer Radiotherapy. *Journal of clinical psychology*, 65(4), 443-455 (2009). [Wiley Periodicals, Inc. Published online in Wiley Inter Science]. doi: 10.1002/jclp.20559

- Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C., y Montgomery, G.H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 114-128. doi: 10.1002/ch.364
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., y Pastyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28(1), 127-140. doi:10.1016/s0005-7894(97)80038-x
- Scott K. y Straus M. (2007). Denial, minimization, partner blaming, and intimate aggression in dating partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(7), 851-871. doi: 10.1177/0886260507301227
- Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2006, agosto 2). Ley general para la igualdad entre mujeres y hombres. Diario Oficial de la Federación, pp. 1-7. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4926719&fecha=02/08/2006](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4926719&fecha=02/08/2006)
- Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2007, febrero,01). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Diario Oficial de la Federación, pp. 1-7. Recuperado de [http://dog.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=49611209&fecha=01/02/2007](http://dog.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=49611209&fecha=01/02/2007)
- Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2013). Decreto que reforman artículos de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2013). *Diario oficial*, noviembre 25, 2013. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5323143&fecha=25/11/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5323143&fecha=25/11/2013)
- Secretaría de Salud. (2000). NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>
- Secretaría de Salud (2005). NORMA Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Recuperado de [http://www.inmgob.mx/static/Autorizacion\\_Protocolos/SSA/Violencia-familiar\\_sexual\\_y\\_contra\\_las\\_mujeres\\_criterios\\_par.pdf](http://www.inmgob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia-familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf)

- Seldes, J. J., Ziperovich, V., Viota, A., y Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(6), 499-504. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2008/v106n6a05.pdf>
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M.E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Seligman, M.E. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51(3), 1072-1079. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.53.3.290>
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988). *Paradoja y contra paradoja*. Barcelona: Paidós.
- Sen, G., y Grown, C. (1987). Development, crisis, and alternatives visions. Third world women's perspectives. New York: Monthly Review Press.
- Shainess, N. (1977). *Psychological aspects of wife-beating. Battered women: A psychosociological study of domestic violence*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Shir, J. S. (1999). Abused women's perceptions and expectations of their current and ideal marital relationship. *Journal of Family Violence*, 14(1), 71-82. doi: 10.1023/A:1022870110831
- Shrader, E. y Sagot, M. (1998). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Protocolo de investigación*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Sifneos, P. E. (1987). *Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique*. New York: Plenum Press.
- Sifneos, P. E. (1992). *Short-Term anxiety provoking psychotherapy. A treatment manual*. New York: Basic Books.
- Simon, E. P., y Lewis, D. M. (2000). Medical hypnosis for temporomandibular disorders: treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral surgery, oral medicine,*

- oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 90(1), 54-63.  
doi:10.1067/moe.2000.106692
- Smith-Bonilla, B., y Álvarez-Morales, M. (2007). Revictimización un fenómeno invisibilizado en las instituciones. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 24(1). Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v24n1/3556.pdf>
- Snell, J.E., Rosenwald, R. J., y Robey, A. (1964). The wife-beater's wife: A study of family interaction. *Rev. Arch Gen Psychiatry*, 11, pp. 107-113.
- Soria, M. (2006). Violencia doméstica. *Manual para la prevención, detección y tratamiento de la violencia doméstica*. España: Editorial Eduforma.
- Spanos, N. P., y Barber, T. X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, (pp. 1-43). Nueva York: Academic Press Inc.
- Spanos, N. P., Stenstrom, R. J., y Johnston, J. C. (1988). Hypnosis, placebo, and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine*, 50(3), 245-260.  
doi:10.1097/00006842-198805000-00003
- Spiegel, D., Hunt, T., y Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301-305. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.145.3.301>
- Spiegel, H., y Greenleaf, M. (1992). Personality style and hypnotizability: The fix-flex continuum. *Psychiatric Medicine*, 10(1), 13-24.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment clinical uses of hypnosis* (2nd. Edition). Washington, DC: American Publishing.
- Stagg, E.K., y Lazenby, M. (2012). Best practices for the nonpharmacological treatment of depression at the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 29(3), 183-94. doi:10.1177/1049909111413889

- Stanton, H. E. (1994). Self-hypnosis: One path to reduced test anxiety. *Contemporary Hypnosis, 11*(1), 14-18.
- Stapleton, J. A., Taylor, S., y Asmundson, G. J. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: Case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(1), 91-102. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Gordon\\_Asmundson/publication/224610535\\_Efficacy\\_of\\_various\\_treatments\\_for\\_PTSD\\_in\\_battered\\_women\\_Case\\_studies/links/02e7e52fofeae230f9000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gordon_Asmundson/publication/224610535_Efficacy_of_various_treatments_for_PTSD_in_battered_women_Case_studies/links/02e7e52fofeae230f9000000.pdf)
- Star, B. (1978). Comparing battered and non-battered women. *Victimology: An International Journal, 3*(1-2), 32-44. <http://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=54220>
- Stegner, A. J., y Morgan, W. P. (2010). Hypnosis, exercise, and sport psychology. En S.J. Lynn, J.W. Rhue, & I. Kirsch (Eds.). *Handbook of clinical hypnosis* (2nd edition) (pp. 641-665). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Stein, M. B., y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders, 66*(2/3), 133-138. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00301-3
- Stith, S., y Farley. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence, 8*(2), 183-201. doi: 10.1007/BF00981767
- Stith, S.M., y Rosen, K.H. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen (Eds.), *Psicosociología de la violencia en el hogar* (pp. 27-47). Bilbao: DDB (Original 1990).
- Stith, S., Rosen, K.H., y McCollum, E. (2002). Developing a manualized couple's treatment for domestic violence: overcoming challenges. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(1), 21-25. Article first published online: 8 junio, 2007. doi: 10.1111/j.1752-0606.2002.tb01168
- Stith, S., Rosen, K., McCollum, E., y Thomsen, C. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(3), 305-318. Recuperado de <https://www.hitpages.com/doc/6270810763296768/1#pageTop>

- Strentz, T. (1980). The stockholm syndrome: law enforcement policy and ego defenses of the *hostage*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 347, 137–150. [Article first published online: 16 Dec. 2006]. doi: 10.1111/j.1749-6632.1980.tb21263.x
- Strube, M.J., y Barbour, L.S. (1983). The decision to leave an abusive relationship: economic dependence and psychological commitment. *Journal of Marriage and the Family*, 45(4), 785-793. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/351791>
- Strube, M.J., y Barbour, L.S. (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 837-844.
- Stutman, R. K., y Bliss, E. L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142(6), 741-743. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.142.6.741>
- Sullivan, C. M., y Bybee, D. I. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 43-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.43>
- Suzuki, T. (2005). Hypnotic imagery - therapy for a hives patient with alexithymic characteristics. *Contemporary Hypnosis*, 22(2) 94-98. doi: 10.1002/ch.28
- Syrjala, K.L., Cummings, C., y Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioural training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 48, 137–146.
- Tahiri, M., Mottillo S., Joseph L., Pilote L., y Eisenberg M.J. (2012). Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, 125(6), 576-84. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.09.028
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica*. México: Ed. Trillas.
- The Body Shop/UNICEF (2006). *Behind closed doors. The impact of domestic violence on children*. Londres: The Body Shop International Plc.
- Tjaden, P., y Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the National Violence Against Women Survey (NCJ No.*

- 181867). Washington, D.: US. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Editorial Paidós.
- Ulla-Díez, A., Velázquez, C., Notario, B. Solera, M., Valero, N., y Olivares, A. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 411-427. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712038004>
- Valdez-Santiago, R., Hajar-Medina, M.C., Salgado, N., Rivera-Rivera, L., Ávila-Burgos, L., y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública México*, 48(supl. 2), s221-s231.
- Valor-Segura, I., Expósito, F., y Moya, M. (2010) Emociones poderosas y no poderosas ante conflictos de pareja: diferencias de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), pp. 129-134. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179815545004>
- Vandenbergh, R. L., Sussman, K. E., y Titus, C. C. (1966). Effects of hypnotically induced acute emotional stress on carbohydrate and lipid metabolism in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 28(4), 382-390. doi:10.1097/00006842-196607000-00010
- Vanderlinden, J., y Vandereycken, W. (1994). The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 248-257. doi: 10.1080/00029157.1994.10403084
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género: Escuchar, comprender y ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Venguer, T., Fawcett, G., Vernon, R., y Pick, S. (Eds.) (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP). Population Council. México: (ed.) Solar, y Population Council/INOPAL III.

- Vlieger, A. M., Menko-Frankenhuis, C., Wolfkamp, S. C. S., Tromp, E., y Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, *133*(5), 1430-1436. doi: 10.1053/j.gastro.2007.08.072
- Walker, L. (1979). *Battered women*. New York: Harper y Row Publishers.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, *54*(1), 21-29.
- Walker, L. (2004). El perfil de la mujer víctima de violencia. En J. Sanmartín (Ed.) *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp.205-218). Barcelona: Ariel, S.A.
- Walker, L. (2009). *The battered Woman Syndrome*. Third edition. New York: Springer.
- Watzlawick, P. (1977). *El lenguaje del cambio*. (Edición en español, 1983). Barcelona, España: Ed. Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., y Fisch, R. (1976). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Ed. Herder (edición 1992).
- Weitzenhoffer, A. M. (1980). Hypnotic susceptibility revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *22*(3), 130–146. doi:10.1080/00029157.1980.10403217
- Welland-Akong, Ch. (2001) Componentes culturales de tratamiento para los inmigrantes mexicanos violentos con la pareja. En T. Fernández (Ed.). *Rostrros de la Violencia*, (pp.163-186). Tijuana, B.C., México: Colegio de la Frontera Norte.
- White, H.R., y Chen, P.H. (2002). Problem drinking and intimate partner violence. *Journal Studies Alcohol and Drugs*, *63*(2), 205-214.
- Whitehead, W. E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*(1), 7-20. doi:10.1080/00207140500328708
- Whorwell, P. J. (2006). Effective management of irritable bowel syndrome: The Manchester Model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *54*(1), 21-26. doi:10.1080/00207140500323006

- Winchell, S. A., y Watts, R. A. (1988). Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18(1), 101-104. doi:10.1016/s0190-9622(88)70015-8
- Wolberg, L.R. (1948). *The principles of hypnotherapy. Medical Hypnosis*. New York: Grune y Stratton.
- Wolberg, L.R. (1982). *Hypnosis: Is it for you?* New York: Dembner Books.
- Wolf, E. (2009). *Los imposibles*. Cuento "El centauro indeciso". Editorial Alfaguara Recuperado de <http://myslide.es/education/ema-wolf-el-centauro-indeciso-los-imposibles.html>
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA.: Stanford University Press.
- Wood, G. J., Bughi, S., Morrison, J., Tanavoli, S., Tanavoli, S., y Zadeh, H. H. (2003). Hypnosis, differential expression of cytokines by T-Cell subsets, and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 179-196. doi:10.1080/00029157.2003.10403525
- Yapko M. (2010). Hypnosis and depression. En S.J. Lynn, J.W. Rhue., Kirsch I, (Eds.) *Handbook of clinical hypnosis*. (2a ed.) (pp. 391-413). Washington D.C: American Psychological Association.
- Yapko, M.D. (2012). *Trancework: an introduction to the practice of clinical hypnosis* (4th edition). New York, NY: Routledge.
- Yount, K., y Li, Li (2010). Domestic violence against married women in Egypt. *Journal Sex Roles*, 63(5-6), 332-347. doi: 10.1007/s11199-010-9793-3
- Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., y Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1008-1015. doi:10.1016/s0190-9622(96)90280-7
- Zeig, J. (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. [Un seminario didáctico con Milton H. Erickson] (2a. ed. en español, 1998). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Zeig, J., y Geary, B. (Eds.) (2000). *The Letters of Milton H. Erickson*. Phoenix, Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, INC.
- Zeig, J., y Munion, W. (1999). *Milton H. Erickson*. London: Sage Publications.
- Zeltzer, L. K., Dolgin, M. J., LeBaron, S., y LeBaron, C. (1991). A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, *88*(1), 34-42. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/88/1/34.full.pdf+html>
- Zeltzer, L. K., y LeBaron, S. M. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, *101*(6), 1032-1035. doi: 10.1016/S0022-3476(82)80040-1
- Zuñiga, M. E. (1992). Using metaphors in therapy: dichos and latino clients. *Social Work*, *37* Yount, K., y Li, Li (2010). Domestic violence against married women in Egypt. *Journal Sex Roles*, *63*(5-6), 332-347. doi: 10.1007/s11199-010-9793-3



## **ANEXOS**



## **ANEXO A**

### **Instrumentos de Evaluación y Protocolos**

**ENTREVISTA PARA MUJERES MALTRATADAS  
POR LA PAREJA**

**I. Antecedentes del problema y evaluación del riesgo.**

Conciencia de la situación, si considera que se encuentra en una situación de violencia, actitud frente a ésta (negación o aceptación del riesgo).

1. Presencia de amenazas. Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuáles?
2. Presencia de armas en casa. Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Qué tipo de arma?
3. ¿Desde cuándo y cómo comenzó el maltrato?

**II. Tipos de violencia y su ciclo. Gravedad o severidad de la violencia.**

Explorar grado de daño físico o psicológico, consultas al médico, fracturas, moretones, u otros daños o perjuicios.

4. ¿Alguna vez ha sido amenazada de muerte o de daño físico por su pareja? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cómo fue la amenaza? ¿Cuándo?  
¿Con qué frecuencia la amenaza de esta manera? ¿Cómo reacciona usted ante tal amenaza?
5. ¿Su pareja alguna vez le ha causado alguna herida de gravedad? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Qué ocurrió? ¿Cuándo ocurrió esto? ¿Qué hizo Ud. después de que le hiciera eso?  
¿Cuáles fueron las consecuencias de esta(s) herida(s)?
6. ¿Alguna vez ha ido al hospital por alguna lesión ocasionada por su pareja? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Qué ocurrió?  
¿Cómo fue la lesión?  
¿Su pareja utilizó algún arma para ocasionar la lesión? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Qué arma utilizó? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo ocurrió esto?  
¿Qué hizo Ud. después de que salió del hospital?
7. ¿Su pareja la ha amenazado con quitarle a sus hijos? Sí \_\_\_ No \_\_\_.  
¿Cómo la amenazó?  
¿Cuándo ocurrió esto? ¿Cómo reaccionó Ud. ante la amenaza?  
¿Con qué frecuencia la amenaza de esta manera?
8. ¿Su pareja le ha amenazado con privarle de su libertad? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuándo ocurrió esto?  
¿Cómo reaccionó Ud. ante la amenaza?  
¿Con qué frecuencia la amenaza de esta manera?
9. ¿La ha amenazado de alguna otra forma? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cómo es esa amenaza?

¿Cuándo ocurrió eso?

¿Qué hace Ud. ante la amenaza?

¿Con qué frecuencia la amenaza de esta manera?

10. ¿Su pareja ha cumplido alguna de sus amenazas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál? ¿Cómo y cuándo fue?

11. ¿Su pareja le provee de lo necesario a usted y su/s hija/s y/o hijo/s para su manutención? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿De qué manera lo hace? ¿Con qué frecuencia?

12. ¿Su pareja le ha quitado su dinero o sus pertenencias? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué fue lo que pasó? ¿Qué hizo con ellas?

¿Cuándo sucedió esto?

¿Cada cuando ocurre esto?

13. ¿La ha forzado a tener relaciones sexuales? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuándo sucedió esto?

¿Cómo fue?

14. ¿La ha forzado a verlo a él teniendo relaciones sexuales con otra mujer? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuándo sucedió esto? ¿Cómo fue?

15. ¿La ha obligado a realizar alguna otra práctica sexual? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuándo sucedió esto? ¿Cómo fue?

16. Con base a lo que me ha dicho, ¿con qué frecuencia recibe algún tipo de violencia por parte de su pareja? (Evaluar cómo es el ciclo de violencia, con qué frecuencia se repite).

17. ¿Cómo es la interacción con su pareja después de que pasan este tipo de situaciones violentas?

¿Cuál es su comportamiento con él? Y, ¿cómo se comporta él con Ud.?

### **III. Recursos y modos de acción.**

Explorar si ha intentado solucionar el ciclo de violencia anteriormente, con la separación o divorcio; o, en lo inmediato: llamar a la policía o demandarlo, correrlo o salirse de casa para irse con algún familiar, amigo o institución, o si ha buscado y/o recibido psicoterapia.

18. ¿Qué hace para dejar de ser agredida?

¿En alguna de estas situaciones de violencia, Ud. ha optado por salirse del a casa?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

19. ¿Recurre a alguien cuando es agredida por su pareja? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿A quién recurre? ¿Cuándo pasó esto y a quien recurrió?  
¿Qué respuesta tiene de la(s) persona(s) a la(s) que recurre?  
¿En algunas de estas situaciones ha llamado a la policía? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
(Si la respuesta es sí, preguntar) ¿Qué sucedió a partir de esto?  
¿Cuándo sucedió esto y qué paso después?  
¿Ha recibido atención psicológica debido a la situación de violencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuándo y cómo fue esa experiencia?

20. ¿Conoce qué organismos le pueden brindar una asesoría o protección por sufrir de violencia?

21. ¿Ha visto o escuchado por algún medio de comunicación, propaganda que oriente a quienes están en una situación de riesgo por la violencia de su pareja? ¿Por cuál medio, vio o escucho la información? ¿Qué impresión le causó esa información?

22. ¿Qué le podría sugerir a otras mujeres que estén en una situación similar a la suya?

#### **IV. Desempeño en las siguientes áreas.**

Familiar, social, educativa, sexual, laboral, relaciones de pareja, hábitos actuales, adicciones y salud.

##### **FAMILIA**

23. Explora los antecedentes relevantes de la familia nuclear, separaciones, pérdidas, divorcios, cambios drásticos de domicilio y qué los causó. Éste deberá ser elaborado en una hoja aparte y agregado al final de la entrevista.

24. ¿Cómo es su familia? (Identificar cómo es la relación entre los miembros de la familia, papel que desempeña la participante, alianzas, como se comunican).  
¿Cómo es (o fue) la relación entre sus padres?

25. Si hubo violencia entre sus padres. ¿Con qué frecuencia ocurría esa situación?  
¿Qué hacía Ud. cuando eso ocurría?  
¿Cómo era percibida la agresión? ¿Cómo la recuerda la participante? Revisar implicaciones de tradición cultural en su familia y la de su pareja. Otros datos relevantes.

26. ¿Fue una niña maltratada? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Qué tipos de maltratos sufrió? Físico \_\_\_\_\_, emocional \_\_\_\_\_, sexual \_\_\_\_\_, económico \_\_\_\_\_, negligencia o descuido \_\_\_\_\_. ¿Por quién(es)?  
¿Cuándo y cómo ocurrió (u ocurrieron, en caso de tratarse de diferentes eventos y tipos de maltrato)?

SOCIAL

27. Relación del cliente con amigos, miembros del sexo opuesto, pasatiempos, opinión acerca de la amistad, valores universales, etc.

¿Quiénes son sus amistades?

¿Qué piensa de la amistad?

¿De qué manera le gusta pasar su tiempo libre?

EDUCACIÓN

29. Desempeño general en la escuela, actitud frente a la autoridad, actitud frente a estudiar en general, conducta escolar.

SEXUAL

30. Tipo de educación que recibió al respecto, como vive su sexualidad.

31. ¿Existen o existieron sentimientos de culpa respecto a su sexualidad? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles son sus pensamientos o ideas sobre el sexo?

32. Si hay antecedentes de abuso sexual explorar por parte de quien o quienes fue; si hubo abuso en algún otro miembro de la familia; si le tocó presenciar algún evento de este tipo, o si tuvo conocimiento de ello).

LABORAL

33. Explorar si ha trabajado, qué tipo de trabajos, en qué lugares ha trabajado y cuáles han sido sus experiencias al respecto.

¿Trabaja?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿En qué trabaja? ¿Qué hace en su trabajo?

¿Le gusta lo que hace en su trabajo?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué cosas de las que hace son las que le gustan?

¿Cómo es su relación con sus jefes y compañeros de trabajo?

¿Se siente motivada en su trabajo?

34. Si la respuesta es que no trabaja, preguntar: ¿Alguna vez ha trabajado? ¿Qué tipo de trabajo? (Explorar satisfacción y aprendizajes obtenidos de ahí).

**V. Relaciones de pareja.**

35. ¿Tiene pareja actualmente?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cómo describe la relación con él?

36. ¿Tuvo otra/s pareja/s anteriormente?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuántas? ¿Cómo fueron sus relaciones con él (o ellos)?

**VI. Antecedentes de adicciones y/o delictivos en el paciente identificado o dentro de la familia.**

37. ¿Usted o alguien en su familia tiene alguna adicción a sustancias tales como alcohol, tabaco, drogas o medicamentos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Quién/es? ¿A qué sustancia?

¿Desde cuándo?

38. ¿Usted o alguien de su familia ha cometido algún delito? (Si la respuesta es sí, describir la situación). Sí \_\_\_ No \_\_\_

**VII. SALUD**

39. ¿Cuál es su estado de salud?

¿Padece alguna enfermedad?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál/es? ¿Desde cuándo?

Hábitos actuales

40. Sueño, alimentación, recreación y descripción de un día ordinario, desde que se levanta, hasta que se duerme.

**VIII. Antecedentes de ideación o intento suicida y evaluación de riesgo de suicidio.**

41. ¿Alguna vez has tenido deseos de dejar de vivir?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles eran sus pensamientos o ideas?

¿Cuándo surgieron estas ideas?

42. ¿Intentó hacer algo?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué hizo? ¿Se dio cuenta alguien?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Quién/es? ¿Cómo se manejó la situación?

43. ¿Actualmente sigue teniendo estos pensamientos o ideas?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Si contesta sí) ¿Ha planeado cómo hacerlo?

**Lista de cotejo. Examen Mental.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

No. de expediente: \_\_\_\_\_

**Apariencia**

1. Edad cronológica \_\_\_\_\_
2. Edad que aparenta \_\_\_\_\_
3. ¿Hay algún problema relacionado con los cinco sentidos?      Sí\_\_ No\_\_

**Actividad psicomotora**

4. Apariencia de retardo anormal de la actividad motora      Sí\_\_ No\_\_
5. Aceleramiento anormal de la actividad motora      Sí\_\_ No\_\_

**Comportamiento**

6. Habla o comportamiento extraño en general      Sí\_\_ No\_\_
7. Tartamudeo      Sí\_\_ No\_\_
8. Tics faciales      Sí\_\_ No\_\_
9. Movimientos involuntarios      Sí\_\_ No\_\_
10. Dificultades en la coordinación      Sí\_\_ No\_\_

**Procesos del pensamiento**

11. Escasez de productividad de ideas      Sí\_\_ No\_\_
12. Exceso de productividad de ideas      Sí\_\_ No\_\_
13. Ideas anormalmente rápidas      Sí\_\_ No\_\_
14. Ideas anormalmente lentas      Sí\_\_ No\_\_
15. Lenguaje incoherente      Sí\_\_ No\_\_

**Estado de ánimo general**

16. Enojado      Sí\_\_ No\_\_
17. Deprimido      Sí\_\_ No\_\_
18. Ansioso      Sí\_\_ No\_\_
19. Aprensivo      Sí\_\_ No\_\_
20. Otro \_\_\_\_\_

**Afecto**

21. Aplanamiento      Sí\_\_ No\_\_
22. Efusión      Sí\_\_ No\_\_
23. Coherencia en la expresión emocional del paciente      Sí\_\_ No\_\_

**Orientación**

24. Persona: ¿Sabe quién es?      Sí\_\_ No\_\_
25. Lugar: ¿Sabe dónde está?      Sí\_\_ No\_\_

- 
- |                           |  |           |
|---------------------------|--|-----------|
| 26.                       | Tiempo: ¿Sabe el año?  | Sí__ No__ |
| 27.                       | ¿Sabe el mes?  | Sí__ No__ |
| 28.                       | ¿Sabe el día?  | Sí__ No__ |
| Estado de conciencia      |  |           |
|                           | ¿Se encuentra alerta?  | Sí__ No__ |
| 29.                       | ¿Se encuentra confusa?   | Sí__ No__ |
| 30.                       | ¿Se encuentra aletargado?  | Sí__ No__ |
| Recursos intelectuales    |  |           |
| 31.                       | Información general  | Sí__ No__ |
| 32.                       | Cálculos aritméticos   | Sí__ No__ |
| 33.                       | Interpretación de proverbios   | Sí__ No__ |
| 34.                       | Atención   | Sí__ No__ |
| 35.                       | Concentración  | Sí__ No__ |
| Juicio                    |  |           |
| 36.                       | Toma de decisiones adecuadas respecto a eventos pasados                            | Sí__ No__ |
| 37.                       | Toma de decisiones adecuadas respecto a eventos futuros                            | Sí__ No__ |
| Memoria                   |  |           |
| 38.                       | Funcionamiento adecuado de la memoria a corto plazo                                | Sí__ No__ |
| 39.                       | Funcionamiento adecuado de la memoria a mediano plazo                              | Sí__ No__ |
| 40.                       | Funcionamiento adecuado de la memoria a largo plazo                                | Sí__ No__ |
| Contenido del pensamiento |  |           |
| 41.                       | El paciente presenta perseverancia en su lenguaje                                  | Sí__ No__ |
| 42.                       | Ve cosas que los demás no miran  | Sí__ No__ |
| 43.                       | Oye voces que los demás no escuchan  | Sí__ No__ |
| 44.                       | Delirio de persecución   | Sí__ No__ |
| 45.                       | Pensamiento distorsionado  | Sí__ No__ |
| Capacidad de insight      |  |           |
| 46.                       | ¿La participante aprecia en forma realista su situación?                           | Sí__ No__ |
| 47.                       | ¿La participante aprecia en forma realista la necesidad de asistencia profesional? | Sí__ No__ |
| 48.                       | ¿La participante acepta su condición a partir de la situación de violencia?        | Sí__ No__ |

---

---

**ENTREVISTA BREVE AL INICIO DE LA SESIÓN**

Datos generales de la persona.

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo le fue esta semana?
2. ¿Cómo se sintió?
3. ¿Hubo alguna situación de la que desee hablar?

**ENTREVISTA BREVE DE POST EVALUACIÓN PARA MUJERES  
MALTRATADAS. A UN MES DE HABER CONCLUIDO EL PROCESO DE  
TERAPIA BREVE HIPNÓTICA**

Datos generales de la persona.

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de expediente \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Entrevistador:  
\_\_\_\_\_

Número de sesiones que recibió \_\_\_\_\_ Tiempo de atención \_\_\_\_\_

(Anotar de acuerdo al recuerdo de la paciente y también el número de sesiones, y el tiempo de atención de acuerdo al expediente).

1. ¿Cómo ha estado en este tiempo que nos dejamos de ver?
2. ¿Cómo se ha sentido desde entonces?
3. ¿Qué cosas ha notado que cambiaron en su vida ahora que ya concluyó su tratamiento?
4. ¿Qué cosas le han sucedido desde que concluyó la terapia?
5. ¿Se ha vuelto a violentar su pareja contra Ud.? ¿Qué sucedió?
6. ¿Pudo salir de la situación de violencia? ¿Cómo lo hizo? Aquí es importante detectar si puso en práctica el plan de seguridad, los resultados que obtuvo y, replantear cómo hacer y llevar a cabo un plan de seguridad se haya o no presentado una situación violenta.
7. ¿Qué cosas aprendió durante el tratamiento?
8. ¿Qué considera que le ha sido de mayor utilidad?
9. ¿Cómo las ha incorporado en su vida?
10. ¿Qué fue lo que más le gustó de la terapia?
11. ¿Hay algo que le haya molestado?
12. Y, ahora con todos esos cambios en su vida ¿Cuáles son sus planes?

Nota: Se debe mantener una actitud de aceptación y seguridad con el fin de confirmar lo percibido por la participante. De alguna manera recordarle que no hay respuestas ni buenas ni malas, que cada ser humano es distinto y con derecho a decidir por su propia vida.

Si expone su situación dudando de lo que dice, se proporciona connotación positiva para reinstalar su confianza en las decisiones que ha ido tomando.

**ENTREVISTA A SEIS MESES O MAS DE HABER CONCLUIDO EL PROCESO DE TERAPIA BREVE HIPNÓTICA**

Datos generales de la persona.

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Número de sesiones que recibió \_\_\_\_\_

Tiempo de atención \_\_\_\_\_

**I. DATOS PERSONALES**

1. ¿Con quién vive actualmente?

Nombre	Edad	Tipo de relación	Tiempo de convivencia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Pareja.....02

Hijo(a).....03

Padre o madre.....04

Abuelo(a).....05

Hermano(a).....06

Cuñado(a).....07

Yerno o nuera.....08

Nieto(a).....09

Sobrino(a).....10

Primo(a).....11

Suegro(a).....12

Tío(a).....13

Otro(a).....14

2. Principal fuente de ingresos: Trabajo ( ) Hijos ( ) Pareja ( ) Pensión ( ) Padres ( )  
 Otro familiar ( ) especifique:

3. ¿Ha tenido cambio/s de domicilio desde que terminó la TBH? Sí\_\_ No \_\_

¿Cuál fue el motivo para que cambiara de domicilio?

¿Dónde vive ahora?

4. ¿Se han generado cambios en su vida a partir de haber terminado su terapia?  
 Sí\_\_ No \_\_

¿Cuáles?

## **II. HÁBITOS ACTUALES Y AUTOPERCEPCIÓN DEL CAMBIO.**

5. Sueño: ¿Cómo duerme? Mal \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_ Muy bien \_\_\_\_\_  
Excelente \_\_\_\_\_  
¿Puede dormir bien durante toda la noche o se despierta? \_\_\_\_\_  
¿Por cuántas horas continuas duerme? \_\_\_\_\_ ¿Considera que duerme las horas  
necesarias? Sí\_\_ No\_\_  
¿Cree que duerme más horas de las necesita? Sí\_\_ No\_\_  
¿Por qué?
6. Alimentación. ¿Cómo es su alimentación?  
Mala \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Muy buena \_\_\_\_\_  
¿Cuántas veces come al día y qué tipo de alimentos consume?
7. Recreación. ¿Qué hace para divertirse? ¿Con qué frecuencia lo hace?
8. Descripción de un día ordinario desde que se levanta hasta que se duerme:
9. ¿Cómo se percibe así misma desde que terminó la terapia?
10. ¿Cómo se ha sentido desde que terminó la terapia? ¿Cuál es su estado emocional  
actual?
11. ¿Cómo hace para tomar decisiones desde que terminó la terapia?
12. ¿Cómo se sintió con este tipo de tratamiento?
13. ¿Qué recuerda de cómo se trabajó en las sesiones?
14. ¿Hay algo que haya sido de su preferencia?
15. ¿Lo ha utilizado consigo misma o con alguien más? Sí\_\_ No\_\_  
¿Cómo lo hizo?
16. Platíqueme dos situaciones en qué utilizó lo aprendido en el proceso de terapia:

## **III. RELACIÓN CON LA PAREJA**

17. ¿Cuál es su estado civil actual? (Si hubo divorcio) ¿Cómo se siente respecto al  
divorcio? (Explorar sentimientos de culpa).
18. ¿Se dieron cambios en la relación de pareja a partir de la terapia? Sí\_\_ No\_\_  
¿Cuáles?
19. ¿Cómo es la relación con su pareja o expareja actualmente?  
¿Cómo le hace sentir esta situación?  
¿Cómo reacciona Ud. frente a las actitudes (o deseos) y acciones de él?

20. ¿La ha amenazado o se ha sentido amenazada de alguna manera por parte de su pareja o expareja desde que concluyó la terapia? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Qué ocurrió? ¿Qué hizo Ud. ante esa situación?

21. ¿Desde que concluyó su terapia, ha habido algún tipo de violencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Qué ocurrió? ¿Qué hizo Ud. ante esa situación? (Clasificar tipo de violencia:  
Física \_\_\_\_\_ Psicológica \_\_\_\_\_ Sexual \_\_\_\_\_ Económica \_\_\_\_\_).

22. ¿Recuerda cómo es el ciclo de la violencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Me lo podría describir?

23. ¿Este ciclo de violencia, en su caso, es igual o tiene algo diferente que cuando inicio la terapia?

24. Desde que terminó la terapia ¿Cómo percibe su historia personal y todo lo que vivió con su pareja?

#### **IV. RELACIÓN CON HIJOS(AS) Y CON OTROS FAMILIARES.**

25. ¿Ha notado alguna diferencia en la relación con sus hijos a partir de que terminó la terapia? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuál/es?

26. ¿Cómo considera que son esta/s diferencia/s es/son? Positiva \_\_\_ Negativa \_\_\_  
¿Cómo es?

27. ¿Se le han presentado dificultades en la relación con sus hijos(as)? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Con cuál de sus hijos(as)?  
¿Qué tipo de dificultades? (permitir que la entrevistada elabore y no sugerir respuestas).

28. ¿Cómo hace para ponerle reglas a sus hijos/as?

29. Desde que terminó la terapia ¿Se ha visto en la necesidad de pegarles para corregirlos? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Si responde que sí, preguntar: ¿Cómo se siente una vez que los corrige de esa manera?  
En caso de que la respuesta sea no, preguntar: ¿Cómo hace para que le obedezcan?

30. Y, esa manera de corregirlos ¿le funciona? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cómo se siente con eso?

31. Y con el resto de la familia. ¿Hay alguna diferencia en la relación con algún miembro de su familia a partir de que terminó la terapia? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cómo es/son esa/s diferencia/s? Y ¿Con cuál de sus familiares?

32. ¿Considera esta/s diferencia/s positiva o negativa? Positiva \_\_\_ Negativa \_\_\_

¿Por qué?

33. ¿Cómo considera que es su comunicación con su familia en general?

¿Puede comunicarles pensamientos o ideas?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Puede hablarles de sus sentimientos?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

Describa una situación en que les comunicó algún pensamiento o idea:

¿Cómo le respondieron?

Describa otra situación en la que les habló de sus sentimientos:

¿Cómo le respondieron?

34. ¿Con quién/es en su familia se le facilita más hablar?

35. ¿Con quién se le dificulta más?

¿Por qué?

36. ¿En qué situaciones se le facilita decir lo que piensa, lo que siente o lo que necesita?

y ¿en qué situaciones se le dificulta decir lo que piensa, lo que siente o lo que necesita?

## **V. DESEMPEÑO EN LAS SIGUIENTES ÁREAS.**

### **ÁREA SOCIAL**

37. Desde que terminó su proceso terapéutico ¿conserva a sus antiguas amistades?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles?

¿Ha hecho otras amistades?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles?

38. ¿Sus amistades son hombres y/o mujeres?

39. ¿Cómo le gusta pasar su tiempo libre?

### **ÁREA ESCOLAR**

40. Desde que terminó su proceso terapéutico ¿comenzó a asistir a algún grupo de apoyo o algún tipo de enseñanza? o ¿continuó asistiendo a alguno en donde ya asistía antes de comenzar la terapia?

(Preguntar lo siguiente solo si asistió antes o después a algún grupo o enseñanza)

¿Cómo ha sido su experiencia en ese grupo o en esa enseñanza?

### **ÁREA SEXUAL**

41. ¿Mantiene una vida sexual activa?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

42. ¿Cómo se siente acerca de su sexualidad? (Explorar tanto como la apertura de la mujer lo permita, sentimientos de culpa, tabúes, pensamientos distorsionados).

ÁREA LABORAL

43. ¿Trabaja actualmente? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Si responde que sí hacer las siguientes preguntas, si contesta que no, omitir y pasar a la siguiente sección)

¿Le gusta su trabajo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Considera que el sueldo es justo para la labor que desempeña? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cómo es su relación con sus jefes y compañeros de trabajo?

¿Se siente motivada en su trabajo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

ÁREA EMOCIONAL

44. ¿Recuerda cómo se sentía cuando llegó la primera vez a terapia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

45. ¿Hay alguna diferencia en cómo se siente ahora respecto a si misma? Sí \_\_\_ No \_\_\_

46. ¿En qué momentos se siente más segura?

47. ¿Hay cosas que aún la atemorizan? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles?

48. Desde que terminó la TBH, ¿ha pensado o se ha hecho algún tipo de daño a usted misma o a alguien más?

**VI. CREENCIAS ACERCA DE LA VIOLENCIA Y ROL DE GÉNERO.**

49. Antes del tratamiento con terapia breve hipnótica ¿qué pensaba sobre cómo debían ser las relaciones entre hombres y mujeres?

50. Y ahora ¿qué piensa sobre cómo deben ser las relaciones entre hombres y mujeres?

51. ¿Cuál es su actitud ahora hacia la violencia en la pareja?

52. ¿Qué tipo de valores cree que debe haber en las relaciones de pareja?

53. ¿Qué se puede hacer para lograr que más mujeres salgan del ciclo de la violencia? Preguntar solo si se detectó que la persona ya rompió con este ciclo, si no, entonces preguntar:

¿Cómo podemos hacer para que más mujeres puedan beneficiarse de este tipo de tratamientos?

**VII. NECESIDAD DE TERAPIA.**

54. Ya para terminar, dígame, desde que terminó su proceso de TBH, ¿ha sentido la necesidad de continuar en terapia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

(En caso de que la respuesta sea sí) ¿Acudió a algún lugar para ello?

LA MAESTRA MARGARITA VIÑAS LE AGRADECE SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO DE LA TERAPIA BRVE HIPNÓTICA.

**FICHA DE DATOS PERSONALES**

Terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**II. HISTORIA DE MIGRACIÓN.**

Lugar de Nacimiento:

Lugares en dónde ha vivido en el país:

Tiempo de radicar en Tijuana:

¿Ha vivido en EEUU? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿en qué lugares vivió? \_\_\_\_\_ (Posteriormente, durante la entrevista, explorar la vinculación de todos estos cambios de domicilio con los períodos de violencia vista o experimentada personalmente).

**II. EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA.**

Principal fuente de ingresos \_\_\_\_\_

Ingreso mensual: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Esposo \_\_\_\_\_ Propios \_\_\_\_\_

Habita en casa: Propia \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tipo de construcción: Madera \_\_\_\_\_ Material \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas habitan en la casa? \_\_\_\_\_

¿Con qué servicios cuenta? Agua \_\_\_\_\_ Luz \_\_\_\_\_ Drenaje \_\_\_\_\_

**III. MOTIVO DE CONSULTA**

Quién lo refirió, historia del problema; fecha de aparición y evolución, tratamiento o terapia psicológica anterior, otros datos relevantes.

**IV. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE.**

Aspecto personal, edad que aparenta, estado de ánimo, lenguaje no verbal, actitud frente al terapeuta, con quien viene, otros datos importantes:

\_\_\_\_\_

**Encuadre para el Proyecto de Mujeres Maltratadas:  
Tratamiento de Terapia Breve Hipnótica.**

Buenos días, ¿Es usted...? (Decir el nombre de la persona, si lo sabe), Bienvenida; Me da gusto recibirla; Mi nombre es \_\_\_\_\_, estoy aquí para trabajar con usted y me gustaría invitarla a colaborar en una investigación. Dada la naturaleza de su motivo de consulta, le explicaré en qué consiste este trabajo de investigación y cuál es su propósito.

Este estudio que estamos realizando aquí, en la universidad, es el tratamiento de personas que sufren algún tipo de maltrato o violencia por su pareja, a través de terapia breve hipnótica, la cual que es una aproximación terapéutica con un método muy noble y no agresivo. La hipnosis que usaremos consiste en el uso de la relajación y la imaginación, es decir, que mientras la persona está relajada y escucha al terapeuta, percibe imágenes visuales, auditivas, gustativas o sensaciones en el cuerpo, que le permiten percibir formas, recuerdos u objetos y/o sentirse más pesada o por el contrario más ligera, para encontrar soluciones a los problemas que se le presentan día con día (añadir una explicación más amplia sobre el proceso terapéutico con hipnosis si la persona muestra inquietud al respecto y sensibilizarla en cuanto su uso profesional, en caso contrario reservar esta información para las siguientes sesiones en que se utilizará). Se desmitifica la hipnosis, explicando que: a) no perderá la consciencia, que el nivel de profundidad es ligero y medio, por lo que podrá escuchar la voz de la terapeuta, lo que le va diciendo, mientras ella está relajada percibiendo sus sensaciones o imágenes; b) algunas personas piensan que la persona hipnotizada hace todo lo que se le ordena, lo cual es falso, porque la persona no pierde la consciencia y en caso de hipnosis profunda no hará nada en contra de sus principios éticos y morales. Se habla de algunos mitos respecto a la hipnosis. Comenzando por aclarar que hay gente que utiliza la hipnosis con fines de espectáculo y generalmente es para ridiculizar a las personas voluntarias quienes aceptan participar de tales espectáculos, sin embargo, aquí se utiliza con propósitos terapéuticos y no se le pedirá que haga nada que vaya en contra de su voluntad, o sus principios éticos y morales, además de que no pierde la consciencia, al poder estar atenta a las sugerencias de la terapeuta, e incluso podrá describir sus imágenes o sensaciones verbalmente cuando se le pregunte o cuando así lo desee; también se le indica como algunas personas creen que hay peligro en no poder salir del estado hipnótico, no obstante, es falso, aun cuando puede haber personas que permanezcan bastante tiempo

hipnotizado, pueden pasar dos cosas, llegue a un sueño fisiológico para después despertar como si saliera de una siesta, o bien, puede ser que la persona esté tan cómoda que no quiera salir, pero lo hace cuando el terapeuta se lo indica con “voz de vigilia”(Capafons, 2012; Lynn, Kirsch, y Rue, 2010; Téllez, 2007).

Esta investigación pretende encontrar cuáles estrategias terapéuticas con el uso de la hipnosis son más efectivas para el tratamiento de mujeres que han sufrido de algún tipo de maltrato o violencia por su pareja, y abrir la posibilidad de encontrar formas de atención que nos ayude a los psicólogos a proporcionar un tratamiento más efectivo y por lo tanto con mayores posibilidades de éxito para las mujeres que sufren o sufrieron este tipo de maltrato. Antes de iniciar me gustaría compartirle en qué consiste el proceso de la terapia que manejamos dentro de esta institución.

El modelo que manejamos se llama terapia breve y esto quiere decir que es una terapia que consta de 15 a 20 sesiones aproximadamente, con una duración de una hora cada semana en un horario y día establecido de común acuerdo. Es de suma importancia que la asistencia sea constante, ya que esto asegura un mejor y más efectivo resultado en el proceso, y que usted siga conservando su espacio de atención. De cualquier manera, usted puede en algún momento cancelar su cita si hay un motivo que requiera de su presencia indispensable. Solo le pido que avise, en la medida de lo posible, con un día de anterioridad.

El proceso de la terapia inicia con una historia clínica en la que nos adentraremos en su historia de vida desde su infancia, recorriendo su desarrollo personal y vida familiar, hasta la actualidad. Después de esta etapa, mi compromiso es hablarle de los resultados de la evaluación y del plan de tratamiento, es decir, que cada día estará planeado para trabajar con algo en especial de acuerdo a las metas que (usted y yo) establezcamos, con base a las estrategias de tratamiento planteadas por esta investigación, las cuales le iré dando a conocer y trabajaremos en conjunto.

Por supuesto, sin que todo esto sea fijo o rígido, es decir, que si es necesario se puede hacer una intervención o cambio en el plan establecido, dependiendo de la situación personal que usted viva en ese momento, lo podremos tratar. Por lo tanto, me gustaría contar con su colaboración, ya que de ello depende el éxito que tenga de lograr los cambios que a usted más le convengan a través de este tratamiento. Por lo que el trabajo más importante es el que usted realiza y yo estaré aquí acompañándola para que encuentre sus propias respuestas y herramientas que le ayuden a tener una mejor calidad de vida. ¿Tiene alguna pregunta?



Universidad Autónoma de Baja California Facultad de Medicina y Psicología  
Centro Universitario de Atención Psicológica e Investigación  
CUAPI

**Consentimiento para participar en la investigación**

**Tratamiento de Terapia Breve Hipnótica para mujeres que sufren de maltrato por su pareja**

La Mtra. Margarita Viñas Velázquez y colaboradores están realizando un estudio para determinar el efecto de un proceso psicoterapéutico de Terapia Breve en el tratamiento de casos de violencia contra la mujer por parte de su pareja.

**Procedimiento del estudio**

Si usted acepta participar en el estudio los siguientes acuerdos se llevarán a cabo:

- 1) La participación en el estudio es completamente voluntaria.
- 2) Su participación se divide en tres fases:
  - a. Se le aplicará una entrevista clínica, y se le solicitará realice una autobiografía.
  - b. Iniciará un tratamiento psicológico con una duración aproximada de 15 a 20 sesiones, a las cuales asistirá una vez cada semana en el horario acordado con el terapeuta.
  - c. Un mes después de concluido el tratamiento, se le llamará para entrevistarla con el fin de evaluar los efectos que tuvo el tratamiento en su vida.
- 3) Para fines de investigación nos comprometemos a manejar de forma estrictamente confidencial y anónima la información personal que usted nos proporcione.
- 4) Todas las sesiones de evaluación y/o psicoterapéuticas serán audio-grabadas, a fin de realizar un análisis profundo del caso de la manera más objetiva posible. Las audiograbaciones serán almacenadas para su análisis en archiveros utilizando códigos

de identificación para preservar el anonimato. Las grabaciones serán borradas al cabo de cinco años.

5) Mediante este acuerdo usted autoriza que se publiquen resultados, sin mencionar su nombre, en eventos o publicaciones científicas.

Es necesario que también esté consciente de que tanto el terapeuta, como usted como participante, adquieren los siguientes compromisos:

- a) Ser puntuales y a no faltar a ninguna cita. En caso necesario, le pedimos por favor, cancele su cita con anticipación.
- b) Trabajar en conjunto para identificar los problemas actuales y cooperar en el mejoramiento o solución de los mismos.
- c) El terapeuta se compromete a proporcionar el mejor tratamiento disponible a su alcance, a tratarle con respeto y dignidad, y a referirlo o canalizarlo a otras instituciones en caso de que sea necesario.
- d) Usted como paciente se compromete a responsabilizarse de su participación activa en la búsqueda de posibles alternativas de solución para su propio tratamiento.
- e) Previo a la firma de este documento Ud. habrá recibido una explicación respecto al uso de las estrategias específicas del tratamiento.

### **Beneficios del estudio**

El beneficio que usted obtendrá es el recibir los resultados de su evaluación, así como la calidad del tratamiento psicoterapéutico y el efecto positivo que éste puede tener sobre su salud emocional o psicológica, y orientación sobre los lugares donde puede recibir atención legal, médica y/o psicológica de manera gratuita o a muy bajo costo.

### **Riesgos asociados al estudio**

La investigación conlleva el riesgo de experimentar incomodidad al recordar situaciones de vida dolorosas.

### **Aclaraciones**

- a) No existe ninguna compensación económica por la participación en este estudio.

- b) Usted como participante puede retirarse de la investigación en cualquier momento que lo decida.
- c) Si durante el proceso considera conveniente no participar más en el proyecto de investigación, puede consultarlo con su terapeuta y continuar su psicoterapia desde otro enfoque.
- d) En caso de que por alguna razón usted no se sienta cómoda con el terapeuta asignado, tiene derecho a pedir la asignación de otro psicólogo o psicóloga.
- e) Los investigadores pueden retirar a la participante de la investigación en cualquier momento, comprometiéndose a explicar los motivos del cese de su participación.
- f) Los investigadores responsables estarán en todo momento en las instalaciones donde se llevarán a cabo las sesiones psicoterapéuticas para supervisar e intervenir en caso necesario.

Si tiene alguna duda respecto a la investigación o los términos de este acuerdo, tiene derecho a consultar a la maestra responsable de la investigación, o bien, a alguno de los colaboradores del proyecto de investigación; en persona o mediante la siguiente dirección electrónica: margarita.vinas@uabc.edu.mx o al teléfono (664) 682 12 33 ext. 122 de lunes a viernes entre 9 y 13 horas.

Por último, ha recibido y se ha quedado con una copia de este documento de consentimiento.

ACEPTA PARTICIPAR [ ]

Firma de la Participante \_\_\_\_\_

Firma y nombre de la Terapeuta \_\_\_\_\_

Vo.Bo. M.S.P. Bertha Margarita Viñas Velázquez \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Síntesis de la sesión**

Iniciales de la Mujer: \_\_\_\_\_ Expediente Núm. \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_

Sesión no. \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora en que terminó: \_\_\_\_\_

Síntesis de la sesión (de qué trato la sesión; sobre qué meta se trabajó):

Análisis de la sesión y formulación de hipótesis:

Técnicas utilizadas:

¿Se alcanzó el objetivo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

Observaciones:

### Lista de cotejo para reconocer los signos del abusador de violencia en la pareja.

Instrucciones: Marque con una X, una respuesta de sí o no, de acuerdo a si su pareja presenta o no, el comportamiento que se indica en cada reactivo.

1. <b>Le apresura a tomar decisiones:</b> Un abusador (a) presiona a la pareja para que tome una decisión casi inmediata.	Sí_No__
2. <b>Muestra Celos Excesivos:</b> Es posesivo (a), le llama constantemente o le visita inesperadamente; le previene de que vaya a trabajar porque es posible que conozca a alguien: verifica el kilometraje del carro.	Sí_No__
3. <b>Es controlador:</b> Le interroga intensamente (específicamente si usted llega tarde) y le pregunta a donde ha ido y con quién fue; guarda su dinero e insiste en que usted le pida permiso para ir a alguna parte o para hacer cualquier cosa.	Sí_No__
4. <b>Tiene expectativas increíbles:</b> Espera que usted sea la pareja perfecta y satisfaga todos sus deseos.	Sí_No__
5. <b>Trata de aislarla:</b> Trata de que corte sus lazos familiares; sus amistades; acusa a la gente que la apoya de causarle problemas; el abusador puede privarle de tener teléfono, un auto o incluso prevenirle de que tenga trabajo.	Sí_No__
6. <b>Culpa a otros por sus errores o problemas:</b> Al jefe, a usted; siempre es culpa de alguien más si sale algo mal.	Sí_No__
7. <b>Hace responsable a todos por sus sentimientos:</b> "Tú me enojas" En lugar de... "Estoy enojado, o me duele porque no haces lo que te pido". Menos obvio es cuando le dice "Tú me haces feliz".	Sí_No__
8. <b>Es hipersensitivo:</b> Se siente fácilmente insultado, dice que siente lastimado cuando en realidad él está enojado. Repetirá la injusticia de las cosas de toda la vida.	Sí_No__
9. <b>Es cruel con los niños o los animales:</b> Mata o castiga cruelmente a los animales. También que los niños hagan cosas que están más allá de sus habilidades (por ej. Castiga a un niño de 2 años dejándole con un pañal mojado por horas). O, los importuna para hacerlos llorar. 75% de los abusadores que maltratan a su pareja también maltratan a los hijos/as.	Sí_No__
10. <b>"Jugando" usa fuerza durante las relaciones sexuales:</b> Ejemplo en mujeres: le gusta arrojarla con fuerza o sujetarla contra su voluntad durante las relaciones sexuales; dice que la idea de violar a una mujer le excita.	Sí_No__
11. <b>Abusa verbalmente:</b> Constantemente le critica o dice cosas que hieren, son crueles, degradantes; grita diciendo malas palabras, le pone apodosos muy feos. Esto también puede involucrar que le prive de dormir, despertándola y manteniéndola despierta con abuso verbal inacabable.	Sí_No__
12. <b>Tiene reglas de machistas o feminista:</b> Espera que usted le sirva, obedezca y permanezca en la casa.	Sí_No__
13. <b>Muestra cambios repentinos de conducta:</b> En el espacio de unos minutos cambia de ser amable y amoroso a violentamente explosivo.	Sí_No__
14. <b>Experiencias previas de haber golpeado o maltratado a una persona del sexo opuesto:</b> Admite haber golpeado o maltratado a personas del sexo opuesto en el pasado, pero dice que ellas tuvieron la culpa.	Sí_No__
15. <b>Amenazas de violencia:</b> Dice cosas como "te voy a romper el cuello", o "te voy a matar". Después se puede reír y decir que todos hablan así, o decir algo como: "realmente yo no quise decir eso". Si él ha llegado a este punto debe buscar ayuda para salir de esa situación.	Sí_No__

## **Protocolo de transcripción de audiograbaciones**

### **Sesión No. 2** [Centrado, en negritas, letra 16]

Meta de la sesión: “Límites” [Justificado a la izquierda]

12 de junio 2010 [Fecha de la sesión; justificado a la derecha]

T: ¿Cómo te fue esta semana? ...

C-1:3: Esta semana fue buena porque...

T: ¿Qué fue lo que más le gustó?...

C-1:3: Pos... que mi hijo me hiciera caso cuando...

[Donde la T significa terapeuta; y C-1, señala el caso de la transcripción, unido por dos puntos el número de sesión en que se grabó]

También se les indicó que debían escribir las palabras exactamente cómo las dijera tanto la terapeuta como la participante. Y se le proporcionaron la siguiente lista de símbolo para representar expresiones emocionales, pausas, etc.

Al transcribir debes utilizar la siguiente simbología:

#### **Símbolos:**

... = Frases incompletas

[ ] = Pausa silencio

[Risa] = Cuando ríe alguna de las participantes.  
Si ríen ambas marcar con **negritas**

!!! = Expresión de sorpresa, sobresaltada.

**Frase en negritas** = **Énfasis en la frase**

(Sic) = cuando la paciente dice una palabra o expresión de forma coloquial

<> =cuando habla riéndose a la vez

## **ANEXO B**

### **Esquemas de apoyo en la terapia**



Figura B1. Ciclo de la Violencia

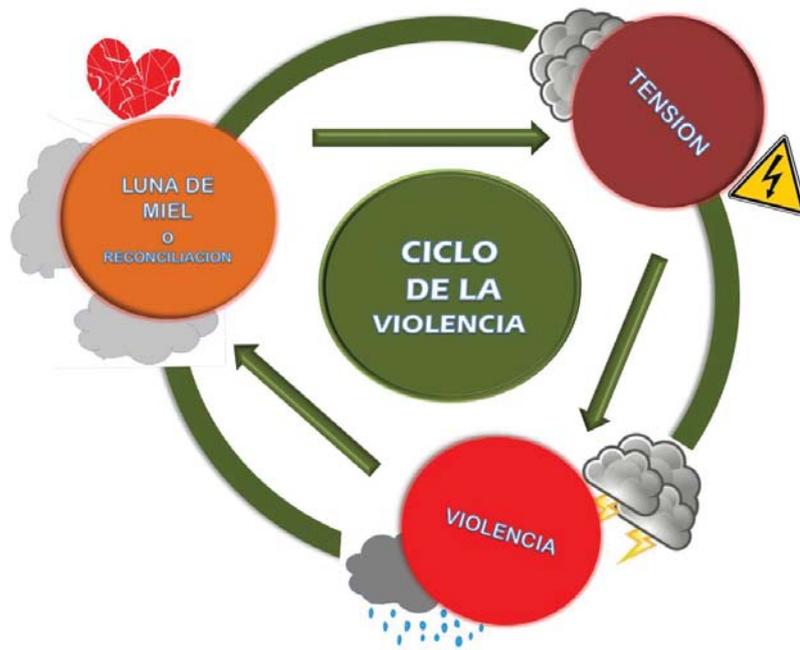


Figura B2. Círculo de Poder y Control

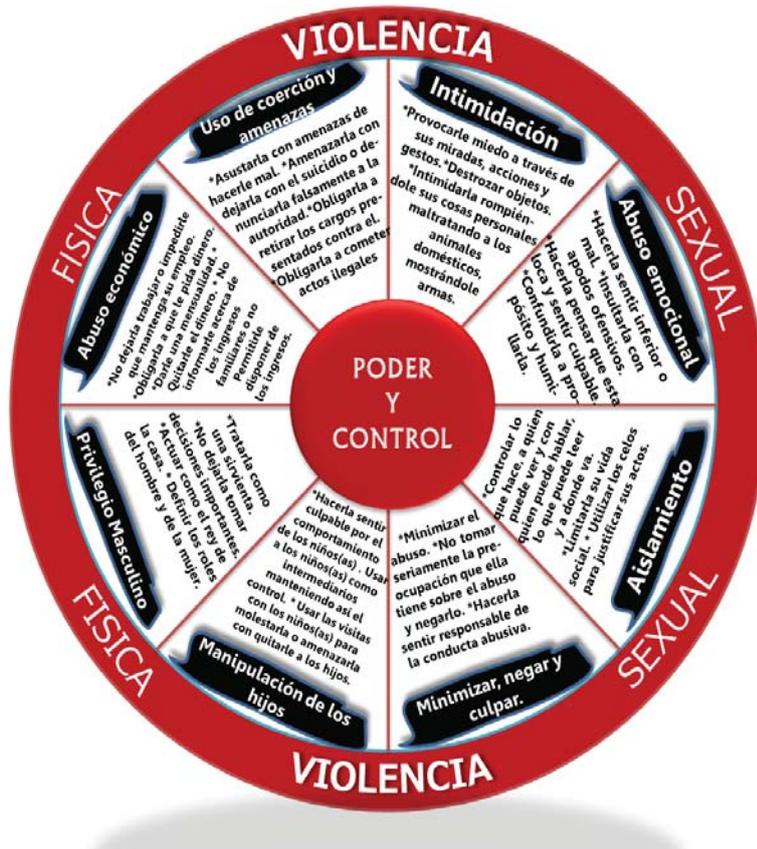


Figura B3. Círculo de Equidad



Lista documentos que la participante debe tener listos en caso de emergencia:

- Acta de matrimonio
- Actas de nacimiento
- Tarjeta de seguro social
- Las boletas de calificaciones
- Registros médicos
- Estados de cuenta bancaria
- Pasaportes y visas (si cuenta con ellos)
- Papeles del carro (si lo hay)
- Direcciones y teléfonos importantes y de emergencia
- Tarjetas de crédito (si las hay)
- Vestimenta para algunos días
- Dinero

## **ANEXO C**

### **Tablas de Categorías y concentrado de datos obtenidos**

Tabla 1C

*Categorías temáticas de la violencia psicológica*

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Escalas de violencia psicológica
¿Cuáles fueron las formas en que se manifestó la violencia psicológica contra las participantes por parte de la pareja?				
1er nivel.	Agresión verbal.	La pareja (hombre) minimiza, insulta, desprecia, humilla, aísla, culpabiliza, cela, chantajea, manipula y/o grita, a la esposa, novia o ex esposa.	"...me dice a cada rato que soy una puta..."	<b>Leve</b> cuando se presenta como única forma de violencia, y la intensidad no es fuerte y frecuencia es menos de 5 veces o menos por semana.
2o. nivel	Agresiones verbales y comportamientos de control; ha habido un escalamiento, aumenta la frecuencia o formas de mayor control. Anda con otra(s) mujer(es) que se interpreta como descalificación y desinterés por la pareja.	La pareja (hombre) minimiza, insulta, desprecia, humilla, aísla, culpabiliza, cela, chantajea, manipula y/o grita, a la esposa, novia o ex esposa. Infidelidad.	"... me quitó las amistades del trabajo, después me prohibió que visitara a mis hermanas"; "Toda la vida me atranca la puerta, si salgo con la vecina tantito él me cierra la puerta..."	<b>Moderada</b> cuando solo se presentaba agresiones verbales o comportamientos de control, pero con la agravante de ser más intensa y/o frecuente que en nivel anterior.
3er. nivel	Acciones agresivas - amedrentar. Frecuentemente, anda con otra(s) mujer(es) que se interpreta como descalificación y desinterés por la pareja.	La pareja (hombre) avienta cosas y/o golpea objetos dirigidos o cerca de la participante con o sin la intención de asustarla. Infidelidad constante.	"Cuando se enoja, avienta cosas".	<b>Severa</b> cuando además de agresiones verbales o comportamientos de control, se presentaba amedrentamiento.

Continuación Tabla 1C

40. nivel	Amenazas de todo tipo, incluso de muerte. Anda con otra(as) mujer(es) que se interpreta como descalificación y desinterés por la pareja de manera cínica y constante.	La pareja (hombre) le dice o le da a entender a la participante que de alguna manera le hará daño a ella o a alguien cercano a ella, como un(a) hijo(a). Infidelidad crónica.	<i>"Voy a prender fuego a la casa contigo adentro".</i>	<b>Grave</b> además de las anteriores, había amenazas.	cuando las había
-----------	---	--	---	--	------------------

Tabla 2C

## Categorías temáticas de la violencia física

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Escalas de violencia física
¿Cuáles fueron las formas en que se manifestó la violencia psicológica contra las participantes por parte de la pareja?				
1er nivel	Agresión que no implica consecuencias que requieran atención médica.	La pareja (hombre), empuja, jala el cabello, jalonea, aprieta brazos o pellizca, etc. a la esposa, novia o ex pareja.	<i>"le iba diciendo cuando me empujo..."</i>	<b>Leve</b> cuando este tipo de agresiones se presenta como única forma de violencia física, y la intensidad no es fuerte y, la frecuencia es de 4 veces o menos por semana.
2o. Nivel	Agresiones que probablemente requieran atención médica.	La pareja (hombre), empuja, jala el cabello, jalonea, aprieta brazos o pellizca, da manazos, etc. a la esposa, novia o expareja.	<i>"...por todo me da manazos"; "siempre me está empujando..."</i>	<b>Moderada</b> cuando solo se presentaba este tipo de agresiones físicas de menor magnitud, pero con la agravante de ser más intensa y/o frecuente que la anterior.
3er. nivel	Agresiones con mayor probabilidad de necesitar atención médica.	La pareja (hombre), golpea, le avienta cosas, la pateo, la trata de ahorcar, etc. a la esposa, novia o expareja.	<i>"me aventó contra la pared"; "...me golpeaba, golpeaba a mis hijas..."</i>	<b>Severa</b> cuando el tipo de agresiones implican mayor fuerza contra de ella, y se presentan por lo menos una vez por semana.
4o. Nivel	Agresiones que requieren de hospitalización.	La pareja (hombre) propina puñetazos, patadas con intensidad en cualquier parte del cuerpo, la quema, le avienta cosas calientes, etc. a su cónyuge, novia o expareja (mujer).	<i>" me pegó en la cabeza con una llave stilson"; me pateo hasta que me dejo ahí tirada".</i>	<b>Grave</b> cuando requiere de atención médica y/ u hospitalización por la gravedad de las lesiones.

Tabla 3C

## Categorías temáticas de la violencia económica

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Escalas de violencia económica
¿Cuáles fueron las formas en que se manifestó la violencia económica contra las participantes por parte de la pareja?				
1er nivel	Sin aportación a la economía familiar.	La pareja (hombre) no tiene trabajo, a veces busca trabajos, deja que ella se las arregle para el sostenimiento de la familia.	<i>"ahorita no tiene trabajo, ya lleva dos meses, y me dice que va a buscar".</i>	<b>Leve</b> cuando se presenta como única forma de violencia económica; a veces consigue algunos trabajos temporales y aporta a la economía familiar".
2o. Nivel	Sin aportación a la economía familiar.	La pareja (hombre) con o sin trabajo, no aporta nada a la casa por períodos prolongados; o, gasta el dinero en otras cosas en beneficio propio u otros externos a la familia.	<i>"hace tiempo que dejo de trabajar y con lo que yo gano, no salgo..."; "todo lo que gana lo gasta en apuestas..., ni a mí, ni a mis hijos, no nos da nada"</i>	<b>Moderada</b> cuando solo se presenta la no aportación económica al sostenimiento de la familia, pero con la agravante de ser intensa y/o prolongado.
3er. Nivel	Con o sin aportación a la economía familiar, además de tomar cosas que le pertenecen a ella, o la usa en beneficio propio. Control del ingreso familiar. No le permite trabajar.	La pareja (hombre) aporta o no aporta a la economía familiar, pero le ha roba dinero o cosas, o, se las rompe o vende; aporta parte de la pensión alimenticia de los hijos, con insultos, reclamos u otros agravantes.	<i>"Estoy con la preocupación de si me tomo dinero"; "me faltan cosas, él me las está desapareciendo"; "cuando me da dinero de la pensión de los niños, me insulta, dice que yo le robo, y no me da todo lo que debe darme para los niños".</i>	<b>Severa</b> cuando está en riesgo de no poder hacer frente a todos los gastos familiares, pese a que ella ingresa todos o la mayor parte de éstos.

## Continuación Tabla 3C

40. nivel	Sin aportación a la economía familiar, y pone en riesgo legal a la familia. Control total del ingreso familiar. No le permite trabajar.	La pareja (hombre) con o sin trabajo, deja que ella se las arregle para el sostenimiento de la familia, con el agravante del tráfico de drogas, usa a la familia como tapadera.	<i>"me di cuenta que estaba guardando drogas, dice que no las vende que solo las guarda, pero yo no sé"; íbamos con los niños y les puso droga entre sus cosas..."</i>	<b>Grave</b> cuando además de las anteriores, pone en peligro la economía de la familia, además de su libertad o la de ella por el tráfico de drogas; le quita pertenencias de gran valor como joyas o propiedades.
-----------	---	---	--	---

Tabla 4C

*Categorías temáticas de la violencia sexual*

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Escalas de violencia sexual
¿Cuáles fueron las formas en que se manifestó la violencia sexual contra las participantes por parte de la pareja?				
1er nivel	La pareja (hombre) quiere satisfacer sus deseos sexuales aun cuando ella no lo desea.	La pareja (hombre) la presiona y trata de seducir aun cuando ella ya dijo que no quería tener relaciones sexuales en ese momento.	<i>"Le dije que no, que no me va a tocar..., se enoja y se va"; insiste hasta que sedo a sus deseos".</i>	<b>Leve</b> cuando solo hace demostraciones de sus deseos y responde con enojo, frustración, pero no la obliga".
2o. Nivel	La pareja (hombre) insiste en satisfacer sus deseos sexuales aun cuando ella no lo desea, hasta lograr su cometido. O, la insulta por no acceder a tener relaciones sexuales.	La pareja (hombre) la presiona y trata de seducir aun cuando ella ya dijo que no quería tener relaciones sexuales, pero insiste con presión física u otros tipos de violencia (psicológica o física, leves), hasta que logra que ella acepta resignada.	<i>"eres una puta..." "ya has de estar satisfecha porque te vas con otros y por eso no quieres estar conmigo", " me empujo en la cama, y ya mejor me deje para que no me maltratara más..."</i>	<b>Moderada</b> cuando no para de insistir con algo de presión física hasta que ella acepta.
3er. Nivel	Además de las anteriores utiliza violencia física y psicológica de moderada a severa; la fuerza a tener relaciones en formas desagradables para ella; la obliga a ver pornografía; entre otras.	La pareja (hombre) la jalonea, la empuja, le arranca la ropa, le presenta pornografía de cualquier tipo, la obliga a tener posiciones que a ella le desagradan, etc.	<i>"si me decía que no me iba a doler, que él quería por el ano, pero a mí me dolía y gritaba y él seguía..."; me mostró unas cosas en la tele espantosas que yo nunca había visto, de sexo..."</i>	<b>Severa</b> cuando hace uso de la fuerza, o la obliga a prácticas sexuales contrarias a los deseos de ella.

## Continuación Tabla 4 C

40. nivel	Violación vaginal, anal o con objetos; implica atención médica por las consecuencias en la mujer.	La pareja (hombre) satisface sus deseos sexuales usándola a ella, independiente de si ella acepta o no, por la fuerza.	"me encerró, me agarró a la fuerza y me usó hasta que quiso, y quede casi desmayada"; "me desgarró la vagina..."; "sangré por cinco días después de lo que me hizo".	<b>Grave</b> cuando además de las anteriores, pone en peligro la salud de la mujer y requiere de atención médica e incluso hospitalización.
-----------	---	--	--	---

Tabla 5C

## Escala de síntomas

Síntomas	Escala				
Apariencia avejentada, rostro cansado.	Grave 10 años avejentada (mucho mayor a su edad cronológica).	Severa 5 años avejentada (mayor a su edad cronológica).	Moderado 2 o 3 años avejentada.	Leve Igual a su edad cronológica.	Sin síntoma Menor a su edad cronológica.
Cansancio, agotamiento.	Demasiado cansada o agotada.	Cansada o agotada.	Menos cansada o agotada.	Algo descansada.	Descansada.
Memoria/recuerdos nublados.	Recuerdos muy nublados.	Recuerdos nublados.	Recuerdos menos nublados.	Recuerdos algo claros.	Recuerdos claros.
Ideación suicida.	Intensos pensamientos suicidas	Menos intensos pensamientos suicidas.	Algunos pensamientos suicidas.	Sin pensamientos suicidas-algo de ganas de vivir.	Más deseos de vivir.
La participante reporta conducta agresiva contra los/as hijos/as.	Muy agresiva- gritos y golpes.	agresiva- gritos.	Menos agresiva- autoritaria.	Poca agresión-algo de dialogo.	Sin agresión- diálogo- relación armoniosa.
Calidad del Sueño.	Insomnio- nada reparador- pocas horas de dormir.	Sueño poco reparador- menos insomnio- más horas de sueño.	Algo de descanso- Algo de sueño reparador- más horas de sueño.	sueño de reparador- no insomnio- más horas de sueño.	Sueño tranquilo- reparador- sin insomnio.

Tabla 6C

*Escala de emociones negativas*

Emociones negativas	E s c a l a				
	Grave	Severa	Moderado	Leve	Sin síntoma
Ira	Mucha Ira.	Ira.	Menos ira.	Poca ira.	Sin ira.
Dolor	Mucho dolor.	Dolor.	Menos dolor.	Poco dolor	Sin dolor.
Llanto	En varios momentos de la sesión o refiere llanto durante la semana.	Llanto pocas veces en la sesión o durante la semana.	Poco llanto en la semana.	Una vez llanto en la sesión.	Sin llanto.
Culpa	Mucha culpa.	Culpa.	Poca culpa.	Casi nada de culpa.	Sin culpa.
Miedo	Mucho miedo.	Miedo.	Menos miedo.	Algo segura.	Muy segura.
Dependencia emocional	Muy dependiente.	Dependen- diente.	Menos dependiente.	Poco dependiente.	Independiente.

Tabla 7C

*Categorías temáticas de la educación en violencia de pareja (meta de psicoeducación)*

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Niveles de educación
¿Qué grado de conocimientos y de aplicación de los mismos tiene la participante sobre la violencia contra la mujer por parte de la pareja?				
Aspectos de la violencia en la pareja (VP): Tipos de violencia. Ciclo de la violencia. -signos del abusador. Plan de seguridad. Círculo del poder. Circulo de relaciones saludables. Educación en violencia en la pareja y aplicación en la relación de pareja.				
1er nivel- de violencia/desconocimiento.	Negación la y habilidades y conocimientos nulos.	<b>NO</b> conoce ningún aspecto de la violencia por parte de la pareja, en su relación de pareja o en cualquier otra a su alrededor.	" <i>ah!, no sabía que eso era violencia</i> "; " <i>no, no hay violencia de mi esposo</i> "; " <i>no, pero él no me hace eso...</i> ".	Cuando se le informa sobre los aspectos que involucran una relación de pareja violenta, responde que no sabía.

## Continuación Tabla 7C

20. Nivel- VP Básico Conocimiento/habi- lidades.	Comienza a dudar de la conducta de su esposo, si este trata de convencerla de que ya se va a portar bien con ella, cuando entran en la fase de luna de miel.	Comienza a reflexionar sobre los aspectos de la violencia/Recon- oce <b>alguno</b> de los aspectos de la violencia, y/ o los aplica en su relación.	"ahorita, anda [la pareja] como portándose bien conmigo... Este, pero no sé si de verdad está cambiando...".	Conocimiento básico de aspectos y habilidades sobre violencia en la pareja.
3er. Nivel- VP Medio- Conocimientos y habilidades.	Está consciente de que no merece ser maltratada. Toma acciones -como salirse de la casa- para evitar ser maltratada. Le indica que no la maltrate.	Reconoce <b>dos o tres</b> de los aspectos de la violencia, y/o los aplica en su relación.	"Porque yo lo llegue a querer, y este..., considero que él, pudiera ser que, con cualquier cosita, me hiciera creer que también me quiere, pero yo estoy consciente de que no es cierto, ¿no? De que él se quiere él, y nomás él".	Distingue en qué fase del ciclo de la violencia son las conductas de la pareja; identifica la fase de tensión y protege.
40. nivel - VP Avanzado Conocimientos. /Habilidades.	Está consciente de que no merece ser maltratada. Toma acciones -como salirse de la casa- para evitar ser maltratada. Le indica que no la maltrate. Puede identificar situaciones similares a la suya en otras personas.	Reconoce todos los aspectos de la VP, y los aplica en su relación de pareja.	"Insultos, después comienza el control hasta que se vuelve absoluto, después comienza la luna de miel cuando piden perdón dicen que van a cambiar y pues con todo eso se olvida, la violencia y vuelven a creer en él. El ciclo inicia de nuevo".	Nivel avanzado de conocimientos sobre aspectos de la violencia en la pareja; aplica -con acciones- todos a su relación de pareja; puede generalizarlo a otros contextos en los que se desenvuelve.

Tabla 8C

*Categorías temáticas de Autoestima*

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Nivel de autoestima
¿Qué nivel de autoestima presentó la participante antes, durante [proceso terapéutico], cierre del tratamiento y después [seguimiento] de la TBH?				
Autoestima				
1er nivel	Desvalorización, sentimientos negativos, rechazo de sí misma. Muestra debilidad/vulnerabilidad.	Se compara con otras personas; se dice cosas desagradables; se autodenigra.	<i>"...estoy mal en el sentido de que todavía no me quiero lo suficiente, que no tengo un alto autoestima, ni me conozco, ni sé lo que quiero...". "Me desanimo yo sola, le digo que soy bien fácil de desanimar, cualquier cosita me apachurra y ya, me meto y tardo para salir, por eso es mi expresión de que me caigo gorda".</i>	Muy baja autoestima
o. Nivel	Desvalorización de sus capacidades para resolver problemas, ha demostrado que puede hacerlo, pero siente que no es suficiente. Algunos indicios de fortaleza.	Se considera incapaz aun cuando ha tomado decisiones o resuelto algún problema.	<i>"Pues que no me siento capaz para afrontar una situación".</i>	Menos Baja autoestima
3er. Nivel	Valora algunas cosas y otras cosas no.	Se siente algo fortalecida, valora algunas cosas, toma conciencia de cómo actuaba dejándose a sí misma después de todos los demás.	<i>"Yo siento que... que, eso que yo estaba haciendo mal, el darle a los demás sin preocuparme por lo mío primero".</i>	Algo fortalecida
4o. nivel	Valora, reconoce, se siente que puede.	Se siente fortalecida, valora lo que hace y quien es.	<i>"Siento que estoy muy fuerte, yo no sé de dónde me salen las ideas y las palabras, pero me salen".</i>	Alta Autoestim a

Tabla 9C

*Categorías temáticas de la identificación de emociones y sentimientos*

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Nivel de identificación de emociones y sensaciones.
¿Qué nivel de identificación de emociones, sensaciones y emociones presentó la participante antes, durante [proceso terapéutico], cierre del tratamiento y después [seguimiento] de la TBH?				
Identificación emociones/sensaciones/sentimientos				
1er nivel	Identifica solo emociones negativas	Indica emociones negativas de enojo, impotencia, inseguridad, miedo, dolor emocional, ansiedad, tristeza y llanto, depresión, y no reporta ninguna emoción positiva, como alegría, tranquilidad, estar contenta, etc.	"...si lloré de coraje, de impotencia...". "...muchas cosas me hacían daño y yo ahí estaba, todo para que funcionara...". "...si lloré de coraje de impotencia...".	Se siente muy mal-enojada, deprimida, etc.
2o. Nivel	Identifica emociones negativas y pocas positivas	Reporta algunas emociones negativas, como las indicadas arriba. Y, comienza a mencionar algunas emociones positivas, como me sentí muy bien; eso me dio tranquilidad, aunque después haya decaimiento...	"...ya como que me siento más ligera, más liberada. Mi corazón ya lo siento más feliz, más rebosante de felicidad, luego se apachurra".	Se siente menos mal- algo enojada, triste, etc.

## Continuación Tabla 9C

3er. nivel	Identifica, reporta tantas emociones negativas como positivas.	Se da cuenta que cada vez se siente mejor, con un bienestar que va en aumento, aunque siguen las emociones negativas, pero hay un igualamiento con las emociones negativas.	<i>"...me siento con mucha fortaleza, me siento... sin esta carga, me siento... que ya no ha habido la explosión (sic) que había". "Este..., me siento sin ese peso de soportar, me siento bien, físicamente y emocional, dejando así a un lado mis problemas. Ni modo, ahí van a estar, ahí van a estar, pero ya no los cargo aquí, están en un lado". "Ya no hay ese dolor que sentía yo, esto pesado que sentía y siempre duro en mi espalda, en el cuello, ...".</i>	Se siente bien, estable, tranquila.
4o. Nivel	Identifica, reporta más emociones positivas que negativas	El grado de las emociones positivas, son más intensas y duraderas que las negativas, reporta bienestar generalizado, Hace una comparación de cómo se sentía antes y cómo se siente ahora, cada vez mejor.	<i>"-Me dijo mi sobrina- "tía ya no se ve con esa cara de tristeza", y mis amigas también -me dijeron el viernes que ya no ando con esa cara de sufrimiento-, yo todavía creo que un poquito pero ahí voy".</i>	Se siente mejor, contenta, con esperanzas, optimista.

Tabla 10C

*Categorías temáticas Límites Personales*

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Nivel de límites personales
¿Qué nivel de LÍMITES PERSONALES presentó la participante antes, durante [proceso terapéutico], cierre del tratamiento y después [seguimiento] de la TBH?				
Límites personales				
1er nivel	No distingue lo que le conviene de lo que no le conviene. Hay mucha dependencia hacia otros especialmente de la pareja.	Dependencia, permite la trasgresión de su compañero y/u otros. Duda constantemente de lo que está bien y lo que no.	<i>"...hay temporadas en las que él fluctúa y yo fluctuó con él, pues como dependo de él".</i>	Muy difusos
	Responde de manera rígida, da las mismas respuestas a situaciones distintas.	Se sobre castiga o a hijos u otros/ se juzga con dureza.	<i>"...entonces yo tengo una barrera porque yo ya tuve dos matrimonios yo sé y no quiero dañar a otras personas...".</i>	Muy rígidos y rígidos
2o. Nivel	Comienza a tener claridad, pero aun no es capaz de expresarlo y protegerse.	Deseos de ser escuchada, respetada, y deseo de no permitir la manipulación.	<i>"...quiero ser más firme..."</i>	Menos difusos y menos rígidos
	Marca límites, aunque rígidos, todavía no tiene habilidad para marcarlos con flexibilidad.	Pone un límite, pero tiene cierta consciencia de que es extremo o rígido, que se puede aislarse.	<i>"...ahorita no me hables, no me busques dame mi tiempo, una vez me dijiste que necesitabas tiempo, ahora yo soy la que lo necesito".</i>	
3er. nivel	Denota con más claridad lo que quiere, le conviene, se auto protege.	Expresa lo que desea con más claridad, aunque con un poco de duda si está bien lo que está expresando o haciendo en la relación de pareja.	<i>Dije- "no, mejor no, mejor me voy sola. Sabes que -le dije- mejor me voy mañana a la comercial yo sola al fin que ahí te llevan el mandado al carro".</i>	Límites algo claros y algo flexibles

## Continuación Tabla 10C

40. Nivel	Está en transición a la flexibilidad en la interacción con su pareja. Puede cambiar de idea y sentirse bien con lo que determina en beneficio propio sin perjudicar a los demás.	Consciencia de que eran sus límites rígidos y va dando el paso para flexibilizarlos en la interacción con su pareja y otros.	"...cuando vimos lo de los límites te acuerdas que pensé una barda, así como de ladrillo. ¡Y ya no!" "pero ser más flexible porque amo a la gente, amo algunas personas y otras también me aman o tener relaciones con la gente".	Límites claros y flexibles.
	Claros y flexible en sus interacciones, se autoprotege, no permite la trasgresión. Tiene bien claro que se merece ser respetada, y se beneficia de ello, más a ella, que a los demás.	Ya se maneja con flexibilidad y claridad con la pareja. Otros notan sus cambios.	"...les pude explicar (sic) mejor, pues lo que yo quería". "Se me hace, yo siento como si ellos [hijos] me han visto como ha habido cambios".	

Tabla 11C

## Categorías temáticas de la toma de decisiones

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Escalas del nivel de toma de decisiones.
¿Qué nivel de Toma de decisiones presentó la participante antes, durante [proceso terapéutico], cierre del tratamiento y después [seguimiento] de la TBH?				
Toma de decisiones				
1er. Nivel	Problemas sin resolver que causan caos en la relación de pareja, y por ende en la familia.	Los demás toman decisiones por ella. O deja los problemas sin resolver. Se autocrítica, o critica a los demás (la pareja en particular) porque no ha resuelto algún problema que a ella le afecta.	"le pregunté a mis hermanas que hacer, porque no sé qué hacer".	Toma inadecuada de decisiones, o, nula toma de decisiones.

## Continuación Tabla 11C

20. Nivel	Dificultad para resolver problemas, pero se comienzan a probar alternativas.	Comienza a ver que hay alternativas de solución, comienza a poner a prueba qué pasa cuando toma una decisión por ella misma.	<i>Me costó un poquito de trabajo decidirme, pero lo decidí.</i>	Toma de decisiones con algo de dificultad.
3er. Nivel	Resuelve problemas con más seguridad, tomado el riesgo de las posibles consecuencias si no se acierta.	Ya tiene más seguridad para tomar decisiones; se atreve más a hacer las cosas que desea, aunque todavía no reconoce tan fácilmente las posibles consecuencias de sus decisiones. Pero, ya toma algunos riesgos.	<i>Entonces dije yo, no, ¡no no! le voy a tener que decir que no. Que busque mejor en dónde vivir y que..., que me disculpe porque no la voy a poder apoyar ya en ese aspecto.</i>	Toma de decisiones asertiva con noción de sus consecuencias
40. Nivel	Resuelve problemas con más seguridad, con más seguridad y manejo de las posibles consecuencias si acierta, o no.	Aquí ya logra tomar decisiones que la benefician, a la vez que benefician a los que la rodean.	<i>"Me causa orgullo tomar mis propias decisiones". "...muchos cambios, cambios, puedo escoger mi ropa, a veces lo hacía a función de él, y ahora lo hago a función de mí, ¿sí? Antes lo hacía pensando si le iba a gustar a él, y ahora lo hago pensando si me va a gustar a mí, digo que eso es gracias a la seguridad".</i>	Toma de decisiones asertiva y consciente de sus consecuencias

Tabla 12C

## Categorías temáticas de la comunicación asertiva

Categoría	Categoría temática	Términos Clave	Características de las respuestas	Escalas del nivel de comunicación asertiva
¿Qué nivel de comunicación asertiva presentó la participante antes, durante [proceso terapéutico], cierre del tratamiento y después [seguimiento] de la TBH?				
Comunicación asertiva				
1er nivel	La comunicación no llega al otro.	Peleas, discusiones, conflicto sin resolver; no se hablan.	<i>"pienso que él debería"; "...se va a molestar y todo de lo que voy a decir, o sea correr el riesgo de..."</i> .	No comunicación /comunicación difusa
2o. Nivel	Comienza a expresar con un poco de claridad deseos, necesidades, opiniones y alternativas de solución a problemas en la pareja, la familia.	Específica con dificultad, verbalmente, algunas cosas que necesita, desea, alternativas de solución.	<i>"Dicen ellos [la familia] que les molesta mucho que yo a veces digo. En vez de decir las cosas específicamente, digo: "¿Qué está haciendo eso ahí?" (risas)... Y dice mi hijo: "ya sé, ya sé que quieres que lo quite".</i>	Comunicación menos difusa
3er. nivel	Hay comunicación clara, aunque ella no se siente del todo segura, independientemente de si la pareja responde.	Específica claramente con más facilidad, verbalmente, algunas cosas que necesita, desea, alternativas de solución.	<i>"Sí, ahorita... si he hablado con él y le digo que, le digo "pues tu dime, tu dime, si necesitas espacio te lo doy, tú también dánselo a nosotros, cada quien, por su lado, arregla tus cosas". No me dice nada, nada nada se queda callado".</i>	Comunicación algo asertiva
4o. Nivel	Seguridad en la comunicación de necesidades, u opiniones.	La comunicación llega claramente al otro; ella se siente segura de lo que comunica, aunque la pareja no responda de acuerdo a lo esperado por ella.	<i>Sentí como que..., como que pude abrir, hablar, y expresar lo que yo quería. Y ya me miran como más seria, como..., como más importante, que es lo que yo quiero que hagan. Como, como que les pude explicar (sic) mejor, pues lo que yo quería".</i>	Comunicación asertiva

Tabla 13C

*Concentrado de las fuentes de información del estudio*

Caso	Total Sesiones de Evaluación TBH y cierre	Sesiones Grabadas y transcritas	Sesiones de Post-evaluación Grabadas y Transcritas	Seguimiento	Seguimiento grabadas y transcritas	Historia de vida	Expediente
C-1	20	18	1	1	1	1	1
C-2	26	25	1	1	0	1	1
C-3	24	22	1	1	1	1	1
C-4	23	22	1	1	0	1	1
C-5	20	19	1	1	0	1	1
C-6	22	22	1	1	0	1	1
C-7	28	28	0	0	0	1	1
C-8	16	11	0	0	0	0	1
C-9	16	13	0	1	1	1	1
C-10	13	11	0	0	0	1	1
C-11	10	8	0	1	1	1	1
C-12	4	0	0	1	1	0	1
Total	222	199	6	9	5	10	12

La Tabla 13C nos muestra cuantas entrevistas se obtuvieron de todo el proceso terapéutico, y cuantas de estas fueron grabadas y transcritas. También nos muestra la cantidad de entrevistas de seguimiento y cuantas fueron transcritas. Las entrevistas de seguimiento que no fueron grabadas, los entrevistadores anotaron todas sus observaciones en el expediente de la participante correspondiente.

## **ANEXO D**

1. Directorio de organizaciones que proporcionan servicios a las mujeres violentadas.
2. Papeleta informativa del proyecto de mujeres maltratadas.

Tabla 14C

*Directorio de servicios de emergencia y atención a casos de violencia contra la Mujer y la familia.*

Institución	Servicios	Especificación	Dirección	Días y horarios de servicio	Teléfonos
Procuraduría de los derechos humanos y protección civil (PDHBC)	Psicológicos y asesoría jurídica	Intervención en crisis	Zona Río. Paseo centenario No. 10310, Int. 604 edificio Cazzar 3	Lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas.	(664) 973 23 73 (664) 973 23 74 (664) 973 23 75 (664) 973 23 76
		Atención psicológica individual y familiar (Máximo sesiones)			
		Atención en crisis.	Calle Miguel Alemán No. 2920 esquina a gobernador Lugo, col. Gabilondo. Edificio de Justicia Alternativa, Av. Sánchez Taboada.	Toda la semana. Las 24 horas.	(664) 686 56 41 (664) 686 67 55 (664)104 28 00
		Terapia psicológica a víctimas de cualquier tipo de violencia. (8 a 10 sesiones)		8.00 am a 21.00 horas.	ext. 2965
Subprocuraduría de la defensa del menor y la familia (DIF).	Servicios psicológicos y asesoría jurídica.	Escuela para padres (2 horas., 12 sesiones, 1 vez por semana u 8 sesiones por 2 meses)	Infonavit la mesa. AV. Río Tijuana y A.V paseo de los taxistas s/n.	Lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.	(664) 973 14 84 (664) 973 14 85 (664) 973 14 86
		Valoraciones y entrevistas para casos en el ministerio público.		y sábados de 9.00 a 13.00 horas.	
Hogar verdad y vida, Madre Rita A.C.	Albergue	Hogar para madres solteras y/o víctimas de violencia en la pareja y sus hijos.	Los Álamos, circunvalación sur. No. 61.	Lunes a sábado de 10:00 a 13.00 horas y de 16.00 horas a 20.00 horas.	(664) 621 37 09

## Continuación Tabla 14C

INMUJER	Asesoría jurídica, apoyo y orientación psicológica. relacionados a la mujer. Prevención y atención de la violencia. Derechos humanos. Perspectiva de género. Canalización a instituciones.	Talleres a la comunidad e instituciones en temas relacionados a la mujer. Prevención y atención de la violencia. Derechos humanos. Perspectiva de género. Canalización a instituciones.	Blvd. Agua Caliente No. 10440 Intr. 6 Plaza Barranquita Col. Revolución C.P. 22015.	De lunes a viernes de 8.00 am a 17:00 horas.	(664)608 0888 (664) 608 4044
---------	--	---	---	--	---------------------------------

**Red Binacional para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual.** Página de internet donde se encuentran los datos en el estado de Baja California y San Diego de instituciones que otorgan asesoría jurídica y psicológica a personas que viven situaciones de violencia familiar.

[http://www.bajacalifornia.gob.mx/inmujer/red\\_binacional.html](http://www.bajacalifornia.gob.mx/inmujer/red_binacional.html)

Papeleta de difusión



Centro Universitario de Atención Psicológica e Investigación  
C. U. A. P. I. U.A.B.C.

**SI TU PAREJA:**

- Te hace sentir mal o te humilla.
- Controla lo que haces.
- Te impide trabajar o te quita tu dinero.
- Toma en cuenta tu opinión.
- Te amenaza con lastimarte o lastimar a otros.
- Te hace sentir culpable acerca de los hijos.
- Te obliga o te presiona para tener relaciones sexuales.
- Te ocasiona daños físicos empujando o golpeándote

Si en tu relación de pareja se presenta alguno de estos indicadores CUAPI puede ofrecerte apoyo psicológico.  
Para mayor información asiste al edificio G de la Facultad de Medicina y Psicología, UABC, Tijuana  
Tel. 9-79-75-00 ext. 55300  
o al 682 12 33 ext. 122

**TESIS DOCTORAL**

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE HIPNÓTICA EN  
MUJERES VIOLENTADAS POR SU PAREJA**

**Presentada por:**

**BERTHA MARGARITA VIÑAS VELÁZQUEZ**

**Directores:**

**DR. ANTONIO CAPAFONS BONET Y**

**DR. JESÚS MODESTO SUÁREZ RODRÍGUEZ**

**Resumen**

El propósito de la tesis es mostrar evidencias de la efectividad de un tratamiento de Terapia Breve, con base a la hipnosis como coadyuvante (TBH), en el proceso psicoterapéutico de mujeres violentadas por parte de su pareja, o expareja.

El problema de la violencia contra la mujer por la pareja, ha sido ratificado como un problema de salud pública por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003a, 2010), tanto por el alto número de muertes de mujeres en manos de sus parejas, como por la morbilidad que en ellas genera el constante maltrato: sentimientos de vergüenza y culpabilidad, fobias y baja autoestima, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), trastornos psicósomáticos, pensamiento e intento suicida, etc.

Por ello es fundamental la implementación de diferentes programas de prevención. El presente estudio de prevención terciaria, se propone incidir cuando ya se ha producido la violencia de pareja, y se observan los efectos de la misma, dirigida a mujeres víctimas de violencia por su pareja,

dada la necesidad apremiante de abreviar los tratamientos, y ampliar su efectividad. Está basado en el modelo ecológico adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Heise, Ellsberg, y Gottemoeller, 1999), para explicar y atender esta problemática, que propone aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo. Con ello se espera que la mujer pueda detener el ciclo de la violencia, a la vez, que se reduzcan o eliminen los síntomas ocasionados por el maltrato recurrente.

Algunos de los estudios previos acerca del tratamiento a mujeres maltratadas por la pareja han sido, en su mayoría, tratamiento en grupo para mujeres diagnosticadas con TEPT, mediante terapia cognitiva (Labrador y Alonso, 2007; Matud, Fortes, y Medina, 2014); musicoterapia para la ansiedad y baja autoestima (Fernández, 2011); grupo de apoyo en servicios públicos para mejorar la autoestima y autonomía (Masip, Pont, y Salaberry, 2010). Se encuentran algunos otros tratamientos individuales (Labrador, Fernández-Velasco, y Rincón, 2009) para mujeres maltratadas por su pareja que también presentan TEPT, mediante terapia cognitiva.

Otros tratamientos han sido documentados mediante estudios de caso (Kwan 2009; Poon, 2009) de mujeres sobrevivientes de la violencia, con diagnóstico del TEPT complejo (Herman, 2004) con el uso de la hipnosis como coadyuvante. Estos autores encontraron que las respuestas traumáticas pueden transformarse en conducta menos estresante.

El tratamiento aquí propuesto es un paquete terapéutico para la adquisición de factores protectores con base a la hipnosis ericksoniana, aplicado individualmente y en el que la mayoría de las mujeres participantes aún estaban siendo violentadas por la pareja o expareja.

Se seleccionó la hipnosis como estrategia central de la intervención porque ha demostrado ser beneficiosa en la práctica clínica, sobre todo como coadyuvante, en el tratamiento de una amplia gama de conflictos psicológicos y problemas de salud, como el manejo del dolor y otras

condiciones médicas, existiendo evidencia aceptable de su eficacia, en el tratamiento de la depresión, los trastornos del sueño, ansiedad, colon irritable, etc., ayudando a mejorar la calidad de vida de muchas personas (Mendoza y Capafons, 2009). Por ello, es de esperarse la hipnosis favorezca la efectividad de la terapia breve en mujeres que han sufrido de violencia ejercida por la pareja, al igual que en otros padecimientos tratados con hipnosis. De esta forma, la hipótesis es que la TBH aumenta los factores protectores y disminuye los factores de riesgo, reduciendo los efectos del maltrato, con lo que estas mujeres pueden empoderarse, y tener una mejor calidad de vida.

#### Objetivo general

Evaluar la efectividad de la TBH en la evolución personal de mujeres que habían sufrido, en el último año antes del tratamiento, o estaban sufriendo, de violencia ejercida por la pareja al momento de dar inicio al tratamiento.

#### Objetivos particulares

1. Evaluar el logro de cada una de las metas.
2. Comparar los síntomas, consecuencia de la violencia proveniente de la pareja, antes, durante y después del tratamiento.
3. Valorar el o los cambios en la interacción de pareja y determinar si lograron romper con el ciclo de la violencia.
4. Detectar si se mantuvieron los cambios en el seguimiento.
5. Explorar qué estrategias de terapia breve hipnótica fueron más efectivas.
6. Comparar cuál fue la efectividad del tratamiento de la TBH en mujeres que completaron el proceso terapéutico, con las que obtuvieron una parte del mismo y las que solo obtuvieron la evaluación (casos control).

### Método

La metodología es de tipo cualitativo, de un estudio heurístico donde se aplicó la TBH, dividido en tres fases de evaluación. Se realizaron dos análisis, estudio de caso, y estudio de caso múltiple. Se establecieron dos categorías: 1) síntomas, y 2) cuatro tipos de violencia: psicológica, física, económica y sexual. Y estas a su vez, en escalas según la gravedad de las mismas. Se estableció una tercera categoría sobre el logro de las metas, con su respectiva escala según el nivel de alcance. Psicólogos en formación fueron entrenados para fungir como terapeutas. Se les entrenó en los aspectos teóricos sobre la violencia contra la mujer ejercida por la pareja varón, y sobre la hipnosis ericksoniana.

La primera fase consistió en una evaluación: entrevista, examen mental e historia de vida. La segunda, la implementación de la TBH, con el uso de hipnosis, el cuento, la metáfora y la connotación positiva. Estuvo dirigido al logro de seis metas terapéuticas: psicoeducación, autoestima, Identificaciones de emociones y sensaciones, límites personales, toma de decisiones, y comunicación asertiva. La tercera fase, fue una evaluación a un mes de haber terminado el tratamiento, y una entrevista de seguimiento.

La muestra está constituida por doce mujeres. De ellas, 7 concluyeron el tratamiento, 3 recibieron una parte del mismo, y otras 2, tuvieron la evaluación inicial y el seguimiento, por lo que se les consideró casos control.

### Resultados

Los estudios de caso dan cuenta del proceso de cada una de las mujeres. El estudio de caso múltiple, permitió hacer comparaciones en términos del logro de las metas, la reducción o eliminación de los síntomas, y la reducción o eliminación de la violencia, entre las doce participantes.

Las siete mujeres que concluyeron el tratamiento redujeron considerablemente los síntomas, particularmente el nivel de depresión y ansiedad. El nivel de violencia también disminuyó o se eliminó completamente al momento del cierre, que se mantuvo en general en las seis que volvieron al seguimiento. Asimismo, las siete mujeres alcanzaron las metas entre un nivel 3 (alto-fortalecido) y 4 (óptimo) al momento del cierre y la mayoría (4) lo mantuvo en el seguimiento.

En las tres mujeres que no completaron el tratamiento los resultados fueron menos notorios y con recaídas. Y, las dos mujeres que no obtuvieron el tratamiento (caso control), una mostró ligeras mejorías, mientras que la otra, no solo no mejoró, sino que hubo deterioro en su estado de ánimo.

El resultado más significativo es que seis de las mujeres que concluyeron la TBH, que cumplían con los criterios del TEPT al inicio del tratamiento, se evaluaron ya sin este diagnóstico al momento del cierre y el seguimiento. A diferencia de las dos que presentaban este diagnóstico y no concluyeron la TBH, y las dos que no obtuvieron el tratamiento, y se mantuvieron así hasta el momento del abandono o del seguimiento.

#### Discusión y conclusiones

Se lograron los objetivos y se comprobó la hipótesis. Se encontraron efectos clínicamente significativos de la TBH a partir de los beneficios que obtuvieron las participantes en su desarrollo personal y su relación de pareja con el rompimiento del ciclo de la violencia, integrados en importantes logros personales y sociales.

El estudio estaba diseñado para ser flexible, algo propio de los ensayos clínicos tipo 2 según clasificación de Nathan y Gorman (2015), o de los ensayos clínicos en general, de tal forma que las metas propuestas podían ser trabajadas dependiendo de cómo se fueran presentando las necesidades de las mujeres. Por lo que no se pretende que los resultados

sean generalizables o demostrar la eficacia y efectividad bajo los criterios de Chambless y Hollon (1998) para tratamientos psicológicos. Únicamente, se propone hacer una contribución para el tratamiento de estas mujeres, por medio de la hipnosis como coadyuvante, que dé pie a más estudios.

A partir de estos resultados se espera contribuir para la aplicación de la hipnosis, en los casos de ansiedad y depresión, donde ya hay probada evidencia de su eficacia como coadyuvante. De la misma forma, se espera contribuir en el uso de la hipnosis como posible coadyuvante en el tratamiento del TEPT, en donde, hasta el momento, hay menos evidencia de su eficacia.