

# Un programa de intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

Rosalba Torróntegui-Vizcarra,<sup>a,\*</sup> María del R. Flores-Navidad,<sup>a</sup> Felipe Peraza-Garay,<sup>b</sup> Aurora del C. Borrego-Urrea<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar, Culiacán, México.

<sup>b</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, México.

Recibido 12 Julio 2010; aceptado 25 Octubre 2010

**Objetivo:** Evaluar una propuesta de intervención terapéutica con enfoque de la Psicoterapia Integradora Humanista (PIH) en mujeres Víctimas de violencia intrafamiliar (VIF). Analizar la Inteligencia Emocional en víctimas de VIF, como un acercamiento para fundamentar la intervención terapéutica con enfoque humanístico, basado en el mejoramiento de las habilidades emocionales de las mujeres que han sufrido agresión. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, comparativo en una muestra aleatoria de mujeres víctimas de VIF que acudieron al Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (CEPAVI) en Sinaloa, México. Se utilizaron los instrumentos de Depresión de Zung, Ansiedad de Beck e Inteligencia Emocional TMMS-24. Se utilizaron pruebas Chi-cuadrada y la prueba de Wilcoxon y se estimó el coeficiente de correlación de Spearman. Los procedimientos estadísticos se realizaron en SPSS v15. Un p-valor menor a .05 se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** No se observaron cambios significativos en Percepción ( $p=.161$ ), ni Comprensión ( $p=.095$ ) y la Regulación se incrementó significativamente ( $p=.008$ ). Disminuyeron significativamente los niveles de Ansiedad ( $p=.000$ ) y Depresión ( $p=.000$ ). El único factor de Inteligencia emocional asociado significativamente con Ansiedad y Depresión fue Regulación con  $p=.000$ . **Conclusión:** La propuesta de intervención terapéutica humanística integradora (PIH) para atender a mujeres víctimas de VIF, presentada en esta investigación, la cual se fundamenta en: la integración metodológica, las estrategias experienciales, la perspectiva sistémica holística y la filosofía existencial, es efectiva, ya que permitió reducir los niveles de ansiedad y depresión al término del tratamiento.

**Palabras clave:** Violencia intrafamiliar, Intervención, Depresión, Ansiedad, Inteligencia emocional.

**Objective:** To evaluate a proposed therapeutic intervention with a focus on Integrative Humanistic Psychotherapy in women victims of domestic violence. Analyze the emotional intelligence of domestic violence victims as an approximation to support a therapeutic intervention with an humanistic approach, based on improving their emotional skills. **Material and methods:** We performed a prospective, comparative cohort a random sample of female victims of domestic violence attending the State Council for the Prevention and Domestic Violence in Sinaloa, Mexico. Instruments were used Zung Depression, Beck Anxiety and Emotional Intelligence TMMS-24. We used Chi-square test and Wilcoxon test and estimated the Spearman correlation coefficient. The statistical procedures were performed in SPSS v15. A p-value less than .05 was considered statistically significant. **Results:** There were no significant changes in Perception ( $p = .161$ ), or in Comprehension ( $p = .095$ ) and Regulation increased significantly ( $p = .008$ ). Significantly decreased levels of Anxiety ( $p = .000$ ) and Depression ( $p = .000$ ). The only Emotional intelligence factor, significantly associated with Anxiety and Depression was Regulation with  $p = .000$ . **Conclusions:** The proposed integrative humanistic therapeutic intervention to treating female victims of domestic violence, presented in this research, which is based on: the integration methodology, strategies, experiential, holistic and systemic perspective of existential philosophy, is effective because it allowed reduce levels of anxiety and depression at the end of treatment.

**Key words:** Domestic violence, Intervention, Depression, Anxiety, Emotional Intelligence.

## 1. Introducción

La violencia es un problema de salud pública de alcance mundial. En el caso de las mujeres la violencia de pareja ha cobrado una importancia especial tanto por su frecuencia como por la carga de enfermedad que provoca. De acuerdo a la Norma Oficial

\***Dra. Rosalba Torróntegui Vizcarra.** Psicoterapeuta en el área de atención a víctimas de violencia intrafamiliar. Químico Fármaco-Biólogo, Maestría en Psicoterapia Gestalt, candidata a Doctora en Psicoterapias Existenciales. Jubilada de la UAS. **Correspondencia:** Bravo No. 1208 sur, Balcones del Nuevo Culiacán, C.P. 80170, Culiacán, Sinaloa, México. Correo-e: rosaltorróntegui@hotmail.com

Mexicana NOM-190-SSA1-1999, para la prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar define como violencia familiar, “al acto u omisión único o repetitivo cometido por un miembro de la familia, en relación al poder, en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato psicológico, sexual, físico o abandono”. Así mismo, establece que la violencia contra las mujeres, es consecuencia del orden de género que se instaura en la sociedad, el cual determina una jerarquía y poder distintos para ambos sexos. De acuerdo a este orden las mujeres se encuentran en una posición subordinada ante los hombres, siendo la violencia una manifestación de este poder.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, a partir de 14 encuestas realizadas en diversos países, se encontró que entre 10 y 69% de las mujeres encuestadas mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas. La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México, nos dice que el 21.5%, es decir, una de cada cinco mujeres padeció alguna agresión de su pareja en los 12 meses previos a la entrevista. Según datos del INEGI (2003) muestran que la violencia familiar ocupa el tercer lugar en pérdida de años de vida saludable en la ciudad de México, después de los problemas de parto y diabetes, siendo esta última la que ocupa el primer lugar.

En Sinaloa de acuerdo a la información proporcionada por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006) 62 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia, ya sea en su relación de pareja o en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar. La violencia más frecuente es la ejercida por el actual o último esposo o compañero, declarada por el 40.1% de las mujeres de 15 años y más. De cada 100 mujeres 34 han padecido violencia emocional (menosprecios, amenazas, prohibiciones, las ignoran, etc.); 22 violencia económica (les niegan o condicionan el gasto, les prohíben trabajar, les quitan su dinero o bienes, etc.), 14 violencia física (empujones, patadas, golpes, agresiones con armas, etc.) y 8 violencia sexual (las obligan a tener relaciones sexuales o a realizar actos en contra de su voluntad, etc.).

El 22 de julio de 2002, se crea en Sinaloa el Consejo

Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (CEPAVI), el cual es por mandato de ley “el órgano responsable, del apoyo normativo, consulta, evaluación y coordinación de las tareas y acciones que realicen los organismos facultados sobre la VIF en el Estado de Sinaloa”. Los servicios que la institución presta a las víctimas de VIF son: apoyo psicológico, asesoría y acompañamiento legal así como la atención ininterrumpida las 24 horas del día, de la línea de emergencia 066. El objetivo terapéutico que se persigue es poner fin al maltrato, y lograr la supervivencia de las víctimas de violencia, liberar las capacidades oprimidas de las mujeres maltratadas, desarrollando desde el apoyo psicológico la articulación abierta y manifiesta de sus necesidades y derechos.

### **Intervención terapéutica**

Una de las características singulares del maltrato doméstico es, por un lado el comienzo temprano en la historia de la relación y por otro lado la cronicidad. Esto conlleva a que se presenten regularmente en la víctimas de VIF algunas variables psicológicas, como son: minimización del problema como resultado de una cierta habituación a la situación de tensión; el miedo, la indefensión generada; la resistencia a reconocer el fracaso de la relación; el temor al futuro en soledad, etc.<sup>1</sup> Las alteraciones psicopatológicas asociadas están bien documentadas, observándose que la depresión la ansiedad y el trastorno por estrés post-traumático son las alteraciones más frecuentes en las mujeres víctimas de maltrato físico y/o psicológico.<sup>2-5</sup>

El tratamiento cognitivo conductual (TCC), es actualmente, y a falta de investigaciones rigurosas que lo comparen con otros tratamientos psicoterapéuticos el tratamiento de primera elección en los trastornos de ansiedad.<sup>6,7</sup> Las estrategias terapéuticas más frecuentes son: psi coeducación, relajación, entrenamiento en respiración diafragmática, reconstrucción cognitiva centrada en las interpretaciones catastróficas, exposición, entrenamiento en asertividad, técnicas de resolución de problemas y desarrollo de estrategias de afrontamiento ante la adversidad como tratamientos independientes o combinados.<sup>8,9</sup>

De acuerdo a las investigaciones presentadas por Greenber,Rice, y Elliot<sup>10</sup> esta psicopatología puede explicarse desde el enfoque de la Inteligencia Emocional (IE), como una disfunción emocional que puede ser debida bien a un aprendizaje emocional distorsionado o bien por una experiencia emocional

traumática. Para Salovey y Mayer<sup>11</sup> una persona emocionalmente inteligente es aquella que posee la capacidad de reconocer las propias emociones y saber manejarlas, utilizar el potencial existente, saber ponerse en el lugar de los demás así como crear relaciones sociales. El supuesto básico es que la persona necesita atender y comprender su experiencia emocional, de un modo consciente, para poder integrarla en vista a solucionar problemas y orientarse adaptativamente al mundo.

En la presente investigación, se ha puesto a prueba un programa terapéutico holístico, que retoma el Modelo Integrado de Atención de CEPAVI Sinaloa, (el cual tiene sus bases en la intervención en crisis, y propone como modelo de intervención terapéutica la fundamentación y principios básicos de la TCC. La innovación consiste en incorporar la fundamentación teórica práctica de la Psicoterapia Integradora Humanista (PIH),<sup>12</sup> haciendo énfasis en la vinculación entre violencia y género así como el abordaje de diversos enfoques teóricos tales como: las teorías del ciclo de la violencia,<sup>13</sup> principios y técnicas de la psicoterapia gualt<sup>14</sup> y existencial así como el constructo teórico de Inteligencia Emocional<sup>15-17</sup> entre otras.

## 2. Objetivos

Esta investigación persigue dos objetivos fundamentales:

1.- Evaluar con batería de test (pretest-postest) una propuesta de intervención terapéutica con enfoque de la PIH en mujeres víctimas de VIF.

2.- Conocer las variables de Inteligencia Emocional (percepción, comprensión y regulación) en víctimas de VIF, como un acercamiento para fundamentar la intervención terapéutica con enfoque humanístico, basado en el mejoramiento de las habilidades emocionales de las mujeres que han sufrido agresión.

## 3. Material y Métodos

Se realizó un estudio aleatorio, prospectivo, comparativo en una cohorte de mujeres víctimas de VIF que acudieron al Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar en Sinaloa, México durante Julio a Noviembre de 2009. Se utilizaron los instrumentos de depresión de Zung<sup>18</sup>, ansiedad de Beck<sup>19</sup> e Inteligencia Emocional TMMS-

24.<sup>20</sup>. Las variables categóricas se muestran en frecuencias y porcentajes y las numéricas en medias  $\pm$  desviación estándar. Para comparar los resultados antes y después de la intervención se utilizaron pruebas Chi-cuadrada y la prueba de Wilcoxon. Los procedimientos estadísticos se realizaron en SPSS v15. Un p-valor menor a .05 se consideró estadísticamente significativo.

## 4. Resultados

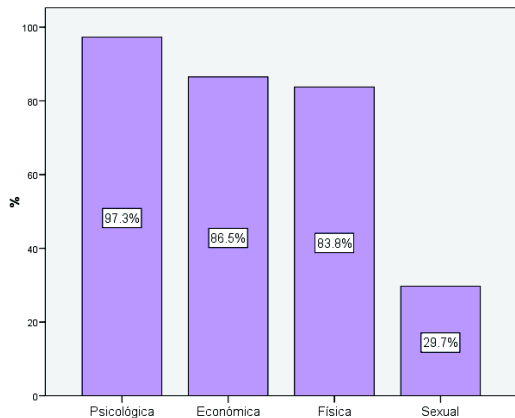
La muestra consistió en 37 mujeres víctimas de VIF; con edad promedio de  $39.5 \pm 9.0$  años en un rango de los 22 a los 61 años. La mayoría de las víctimas Casadas 27 (73%), en Amasiato 5 (13.5%), Concubinato 3 (8.1%), Soltera 1 (2.7%) y 1 (2.7%) viuda. Madres de familia el (36) 97.3%. Con ocupaciones en el Hogar 13 (35.4)% y el resto con trabajo remunerado. Un total de 24 (64.9%) no manifestaron problemas de salud, 4 (10.8%) con alteración de la presión, 4 (10.8%) con alteración del sistema nervioso. Cuadro 1.

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas de las víctimas de VIF

		n	%
<b>Estado Civil</b>	Casada	27	73.0
	amasiato	5	13.5
	Concubinato	3	8.1
	Soltera	1	2.7
	Viuda	1	2.7
<b>Hijos</b>	Tres o más	19	51.4
	Dos hijos	12	32.4
	Un hijo	5	13.5
	Ninguno	1	2.7
<b>Ocupación</b>	Iniciativa Priv.	16	43.2
	Hogar	13	35.1
	Empleo de Gob.	4	10.8
	Autoempleo	3	8.1
	Universitario	1	2.7
<b>Problema de salud</b>	Ninguno	24	64.9
	Alteración de la presión	4	10.8
	Sist. Nervioso (Migraña, Estrés...)	4	10.8
	Prob. Ginecológicos	2	5.4
	Sist. Estructural	1	2.7
	Sist. Hormonal	1	2.7
	Diabetes	1	2.7
	Total	37	100

La mayoría de las víctimas reportó violencia Psicológica (97.3%), Económica (86.5%), Física (83.8%) y Sexual (29.7%). Fig. 1.

**Fig. 1.** Violencia intrafamiliar reportada



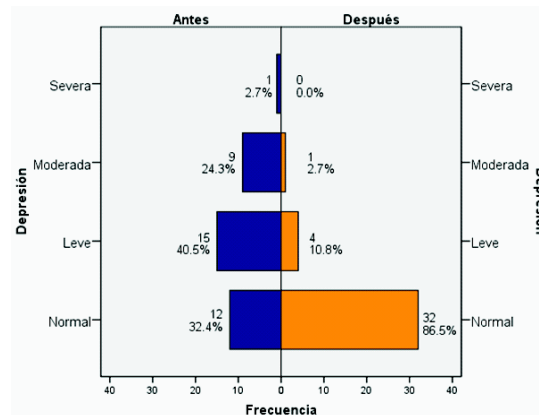
No se observaron cambios estadísticamente significativos en Percepción ( $p=.161$ ); antes de la intervención se observaron 24 (64.9%) de mujeres con percepción adecuada y 25 (67.6%), posterior a la intervención. En Comprensión, el número de mujeres con nivel Excelente aumentó de 15 (40.5%) a 22 (59.5%), con ( $p=.095$ ). En Regulación se incrementó significativamente ( $p=.008$ ) el número de mujeres con niveles de regulación adecuados; de 10 (27.0%) a 22 (59.5%). Ver Cuadro 2.

**Cuadro 2.** Distribución del nivel de Inteligencia emocional por factor, antes y después de la intervención

		Tiempo				Sig.
		Antes		Después		
		n	%	n	%	
Percepción	Baja	6	16.2%	9	24.3%	.161
	Alta	7	18.9%	3	8.1%	
	Adecuada	24	64.9%	25	67.6%	
Comprensión	Baja	7	18.9%	4	10.8%	<b>.095</b>
	Adecuada	15	40.5%	11	29.7%	
	Excelente	15	40.5%	22	59.5%	
Regulación	Mejorar	27	73.0%	15	40.5%	.008
	Adecuada	10	27.0%	22	59.5%	
Total		37	100.0%	37	100.0%	

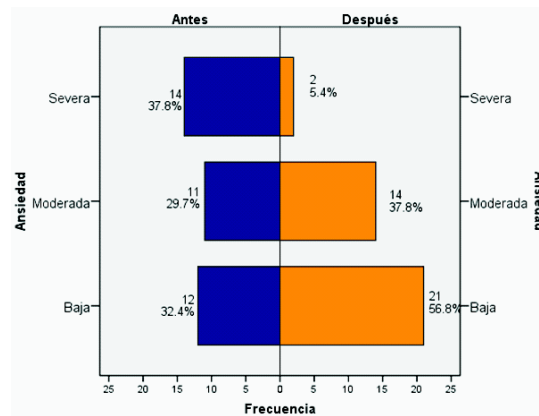
Después de la intervención los niveles de depresión, disminuyeron significativamente ( $p=.000$ ); al inicio, 12(32.4%) mostraban nivel normal de depresión, 15 (40.5%) leve, 9 (24.3%) moderada y 1(2.7%) depresión severa; después de la intervención, se observaron 32 (86.5%) con depresión normal, 4 (10.8%) leve, 1 (2.7%) leve y 0 severa, (Fig. 2).

**Fig. 2.** Niveles de depresión antes y después de la intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar



También, se observó un reducción significativa ( $p=.000$ ) en los niveles elevados de ansiedad de las víctimas; antes de la intervención, 12 (32.4%) mostraban ansiedad baja, 11 (29.7%) moderada y 14 (37.8%) severa y después de la intervención, se observaron 21 (56.8%) con ansiedad baja, 14 (37.8%) moderada y solo 2 (5.4%) con ansiedad severa. Fig. 3.

**Fig. 3.** Niveles de ansiedad antes y después de la intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar



Se observó, que la depresión y la ansiedad solo se asocian significativamente ( $p<.05$ ) con el factor Regulación de inteligencia emocional, con una correlación

negativa; a medida que aumenta la regulación, así disminuye la depresión y ansiedad. Ver Cuadro 3. En efecto, 13 de las 14 víctimas con ansiedad severa mostraron baja regulación similarmente las 10 víctimas con depresión moderada o severa.

**Cuadro 3.** Asociación entre ansiedad, depresión e inteligencia emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

	Depresión	Ansiedad
Percepción	.038 (p=.826)	.027 (p=.875)
Comprensión	.202 (p=.230)	-.038 (p=.822)
Regulación	.430 (p=.008)	.403 (p=.013)

## 5. Discusión

Las víctimas de VIF, que mostraron trastornos de ansiedad correlacionan negativamente con la claridad, reparación e IE total, y presentan una elevada atención a sus emociones. Consideramos que esto responde a las propias manifestaciones que presentan las mujeres maltratadas como característica esencial del miedo, estrés, culpa, resistencia a reconocer el fracaso de la relación, temor al futuro en soledad desesperanza, adquirida en la convivencia con el agresor etc. La ansiedad persistente en que se viven, las lleva a dirigir toda su atención a sus emociones y sentimientos para guiar su pensamiento y su acción, vivir en la fantasía del pensamiento buscando respuestas para clarificar su situación las lleva irremediamente a un callejón sin salida elevando su nivel de ansiedad y al mismo tiempo disminuyendo su capacidad de clarificar y reparar sus estados emocionales negativos.

La IE no sufre variación significativa después del tratamiento, esto se corresponde con los resultados que nos presentan Pablo Fernández Berrocal y Natalia Extremara Pacheco.<sup>21</sup> En ese estudio concluyen que será necesario un seguimiento de los programas de 6 meses cuando menos, para posteriormente aplicar un segundo pos test, que incluya medidas de cambio comporta mentales de los hábitos y no solo de sus actitudes o de sus conocimientos, porque son predictores insuficientes de su comportamiento futuro.

De igual forma dado que la mayoría de las en-

cuestadas coincidieron en presentar una deficiencia de competencias emocionales (IE), el tratamiento se enfocó en el desarrollo en las habilidades de percepción, comprensión y regulación. Tomando como base algunas de las investigaciones que nos hablan de la reeducación o resocialización emocional de víctimas de VIF (22,23),<sup>22,23</sup> sin perder de vista la fundamentación de nuestra propuesta PIH nos enfocamos en el desarrollo de las carencias emocionales tales como: habilidades en la relación con otras personas, comunicación, asertividad en la toma de decisiones, responsabilidad, darse cuenta, manejo del estrés, motivación, adaptabilidad, y sentido de vida

## 6. Conclusión

Podemos aseverar, que la propuesta de intervención terapéutica humanística integradora (PIH) presentada en esta investigación para atender a mujeres víctimas de VIF, la cual se fundamenta en: la integración metodológica, las estrategias experienciales, la perspectiva sistémica holística y la filosofía existencial, es efectiva, ya que permitió reducir los niveles de ansiedad y depresión al término del tratamiento.

Se sugiere, que tanto las víctimas de VIF, como el agresor mismo, participen cada uno por separado en un programa de entrenamiento de habilidades emocionales, Potenciado el autocontrol, empatía, comunicación asertiva, expresando en todo momento sus opiniones, sentimientos y emociones, sin vulnerar los derechos humanos básicos de los demás. Al término de estos entrenamientos se sugiere continuar con el apoyo terapéutico de pareja y terapia familiar.

Se sugiere retomar esta línea de investigación y complementarla con investigación cualitativa fenomenológica (estudio de casos).

## Referencias

1. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ, Sarasúa B, Zubizarreta I. Repercusiones Psicopatológicas de la Violencia Doméstica en las Mujeres. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*,1997; 2, 7:19.
2. Amor, PJ, Echeburúa, E, Corral P, Zubizarreta I, Sarasúa B. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista In-*

- ternacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2002; 282, 227:246.
3. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 2002; 14, 139:146.
  4. Matud P. Impacto de la violencia doméstica en la mujer maltratada. *Psicothema*, 2004; 16, 397:401.
  5. Walker LE. *The battered Women síndrome*. New York: Springer Publishing Company; 2000.
  6. Fisher P, Durham R. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 1999.
  7. Gould RM, Otto P, Yap M. Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalized anxiety disorders and personality disorders, preliminary metanalysis. *Behaviour Therapy*, 1997; 285:305.
  8. Durham R. Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 2007;6(5), 183:187.
  9. Suinn R, Richardson F. *Anxiety Management Training: a nonspecific behavior therapy for anxiety control*, Behavior Therapy; 1971.
  10. Greenber LS, Rice LN, Elliot R. Facilitando el cambio emocional; el proceso terapéutico punto por punto. Barcelona: Paidós; 1996.
  11. Salovey P, Mayer J. *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 1990;9, 185:211.
  12. Gimeno-Bayón A, Rosal. *Psicoterapia Integradora Humanista ( Volumen 1) Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée de Brower; 2001.
  13. Flores N R, Hernández G, García R, & colaboradores de CEPAVI, Sinaloa. *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y sexual: Manual Operativo*, 2006.
  14. Salama H. *Psicoterapia Gestalt proceso y metodología 2da. Edición*. Ed. Alfaomega, 2001.
  15. Gardner, H. *Frames of mind: the teory of multiple intelligences*, New York; Basic Books, 1983.
  16. Sternberg, R. *The concept of intelligence and its role in lifelong learning and succes*. *American Pscologist*, 1997.
  17. Salovey P, Mayer J. "Emotional Intelligence". *Imagination, Cognition and Personality*, 1990.
  18. Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol*, 1970; 33: 185:206.
  19. Beck, AT, Epstein N, Brown G, Steer RA et al. *An inventory for mea*
  20. <http://en.scientificcommons.org/43702994>
  21. Labrador FJ, Cruzado JA y Muñoz M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1997.
  22. Bar-On R. *The emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test emotional intelligence*. Toronto:Multi-Health Systems,1997.