

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN LA  
RESPUESTA EMOCIONAL Y DISMINUCIÓN DE COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS  
EN UNA MUJER INVOLUCRADA EN UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA  
INTRAFAMILIAR

Tania Milena Zambrano Calderón

\* Diana Carolina Hernández Forero

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACION PSICOLOGIA CLINICA COMPORTAMENTAL COGNOSCITIVA

Bogotá, Colombia

Febrero 2013

\* Directora de Proyecto de Grado

## Tabla contenido

Resumen

Abstract

Introducción

Planteamiento del Problema y Justificación

Revisión bibliográfica

Formulación del Caso

Contextos de funcionamiento

*Factores de predisposición.*

*Factores de adquisición*

*Factores de mantenimiento*

*Factores protectores*

*Unidad de análisis*

*Hipótesis explicativa*

Pregunta de investigación

Objetivos

Método

*Diseño*

*Variable Dependiente*

*Variable Independiente*

*Instrumentos*

*Procedimiento*

Resultados

Discusión

Referencias Bibliográficas

Apéndices

## LISTA DE TABLAS

[Tabla 1. Características de la ira](#)

[Tabla 2. Escalas y subescalas STAXI-2](#)

[Tabla 3. Fase A. Evaluación.](#)

[Tabla 4. Fase B. Intervención](#)

[Tabla 5. Fase de Seguimiento](#)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados en las unidades subjetivas de análisis frente a la ira.

Figura 2. Resultados en las unidades subjetivas de análisis relacionadas con agitación de la respiración.

Figura 3. Resultados en las unidades subjetivas de análisis relacionadas con la frecuencia cardiaca.

Figura 4. Resultados en las unidades subjetivas de análisis relacionadas con calor en el rostro

Figura 5. Resultados de las unidades subjetivas de análisis relacionadas con tensión muscular.

Figura 6. Frecuencia de la práctica de la respiración profunda y de comportamientos no asertivos y asertivos obtenidos durante el proceso.

Figura 7. Resultados STAXI-2. Índice de Expresión de la Ira

Figura 8. Resultados STAXI-2 Rasgo Ira

Figura 9. Resultados STAXI-2 Estado Ira

Figura 10. Resultados del puntaje total del Inventario de Asertividad de Rathus.

Figura 11. Unidades subjetivas de análisis relacionadas con tristeza.

Figura 12. Resultados del puntaje total del Inventario de Depresión de Beck.

Figura 13. Nivel de satisfacción de la consultante con relación a su conducta durante la fase de intervención y seguimiento.

## LISTA DE APENDICES

### Apéndice A

Diferencia entre conducta asertiva, conducta no asertiva y conducta agresiva

### Apéndice B

Formulación Clínica Conductual - Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2010)

### Apéndice C

Formato Consentimiento informado

### Apéndice D

Protocolo de interpretación Inventario de Asertividad de Rathus

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN LA  
RESPUESTA EMOCIONAL Y DISMINUCIÓN DE COMPORTAMIENTOS  
AGRESIVOS EN UNA MUJER INVOLUCRADA EN UNA SITUACIÓN DE  
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

*Tania Milena Zambrano Calderón*

*\* Diana Carolina Hernández Forero*

**Resumen**

Las estadísticas de violencia intrafamiliar en Colombia muestran la gravedad de la problemática de violencia intrafamiliar, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en un estudio comparativo (2010-2011) identifica que el 28% de los casos registrados por violencia, corresponden a este tipo de violencia. El presente estudio buscó identificar el efecto de un programa de intervención conductual conformado por entrenamiento en respiración, asertividad y programación de actividades, en un caso único, utilizando un diseño pre-test post-test y al cual se le adicionó una fase de seguimiento. Los resultados obtenidos en las aplicaciones de varios instrumentos de medición y de los registros de la consultante, muestran una modificación de sus respuestas emocionales y su comportamiento agresivo lo cual contribuyó al fortalecimiento de sus interacciones familiares. Se sugieren estudios posteriores basados en programas de intervención breves y efectivos para los casos de violencia intrafamiliar que permitan dar respuesta a esta problemática dadas sus implicaciones legales y éticas.

***Palabras claves:*** *Violencia intrafamiliar, respiración, asertividad, actividades placenteras*

### **Abstract**

The statistics of domestic violence in Colombia show the gravity of this problematic; the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences in a comparative study (2010-2011) identifies that 28 % of the cases registered by violence, corresponds to domestic violence. The present study arose from the need to reach to this problematic from a perspective idiographic and sought to identify the effect of a brief program shaped by training in breathing, assertiveness and programming activity, in the only case, using a design pre-test post-test and to which a phase of follow-up was added. The results obtained in the applications of several instruments of measurement and of the records of the consultant, show a modification of his emotional answers and his aggressive behavior tending to the strengthening of his familiar interactions. Are suggested later studies based on brief and effective programs of intervention for the cases of domestic violence to allow to give response to this problematic given his legal and ethical implications.

**Key words:** *Domestic violence, breathing, assertiveness, programming activity*

### **Introducción**

El presente trabajo de grado, del programa de especialización en psicología clínica comportamental-cognoscitiva, es un estudio de caso clínico que pretende contribuir al bienestar emocional de las personas involucradas en la problemática de violencia intrafamiliar.

El evento de violencia intrafamiliar que compete a este caso, consistió en una agresión física



del padrastro hacia las hijas de la consultante, la cual generó denuncia ante la autoridad competente, una incapacidad médico-legal de 7 días y la correspondiente remisión a psicología clínica. La consultante tuvo conocimiento de la situación presentada a través de dicha autoridad, atendiendo que sus hijas no le comentaron la situación presentada por temor a su reacción, la cual se caracterizaba por comportamientos agresivos hacia ellas.

Este estudio se plantea como pregunta orientadora ¿Cuál es el efecto de un programa de intervención conductual en la atención de un caso de violencia intrafamiliar?; esta pregunta parte del ejercicio de la psicología clínica en contextos donde se debe dar respuesta a remisiones de entidades estatales o a motivos de consulta, cuya atención debe caracterizarse por ser breve y oportuna debido a las implicaciones éticas que involucran situaciones de violencia en las que se ven inmersos menores de edad y donde el restablecimiento de derechos es primordial, priorizando la ubicación en el medio familiar ante el institucional, además, dicha atención debe permitir que los actores inmersos en la situaciones problemáticas adquieran habilidades para el manejo de situaciones críticas.

Tanto la violencia política como al interior de la familia ha formado parte de la sociedad colombiana en su construcción histórica; Colombia ha venido sufriendo el impacto de una dura prueba desde 1930, agudizada desde 1948 y aunque mucho se ha escrito sobre ella, no hay acuerdo en cuanto a su sentido (Moreno, 2008). La violencia al interior de la familia tiene unas particularidades importantes; para Salas (2005), la violencia intrafamiliar es un fenómeno que afecta el bienestar de un alto porcentaje de las familias colombianas, tanto es así que el Instituto Nacional de Medicina legal, en un estudio comparativo (2012) entre enero de 2010 y diciembre de 2011, considera que el 28% de los casos con lesiones no fatales según manera, corresponde a violencia intrafamiliar, siendo superado únicamente por un 49% correspondiente a violencia

interpersonal; lo cual evidencia la gravedad de la problemática y la importancia de realizar estudios como el presente que den respuesta a las consecuencias que se generan en los contextos de la violencia intrafamiliar.

Esta investigación, está enmarcada dentro del enfoque conductual, donde la atención clínica se realizó con la madre de las menores de edad agredidas por su padrastro, atendiendo que es ella la principal garante de los derechos de sus hijas; a partir de la formulación planteada con la madre, se observó la necesidad de dirigir la intervención hacia el entrenamiento en habilidades de auto-regulación emocional, comportamientos asertivos y programación de actividades con sus hijas, siguiendo los criterios de investigación utilizados en Psicología Clínica.

En el presente documento se presenta inicialmente una breve revisión bibliográfica sobre la violencia en contextos como el social y el familiar y los efectos que se derivan de esta en las personas que la padecen, dicha revisión, sustenta la formulación del caso presentada posteriormente y la cual fue realizada con el formato planteado por Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2010). La información fue obtenida a través de entrevistas con la consultante, autoregistros y entrevistas con otras fuentes de información y resultados de pruebas psicológicas (Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2, Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Asertividad de Rathus). En el estudio se utilizó un diseño pre-test post-test.

Posteriormente y con base en la formulación y los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas se expone la metodología llevada a cabo durante la investigación, así como el plan de intervención propuesto frente a las conductas identificadas como problemáticas.

Finalmente se presentan los resultados así como la discusión de los mismos, mostrando a la vez los logros y limitaciones presentadas en el estudio, así como posibles consideraciones a tenerse en cuenta en posteriores investigaciones similares y algunas sugerencias.

### **Planteamiento del Problema y Justificación**

La violencia ha sido una vía utilizada históricamente por la sociedad para resolver sus diferencias entre sí; se sabe que los conflictos son normales en cualquier sociedad y que no son otra cosa que la manifestación material en las distintas sociedades humanas de la diversidad, de las distintas expectativas, de la diversidad de los intereses contrapuestos, que son en buena medida un motor de desarrollo de una sociedad (Vargas, 2000).

Para Vargas (2000), en Colombia, al parecer hay un hilo conductor asociado a cultura-política y violencia, y por tanto el país se ha habituado a resolver los conflictos a través de la violencia, experimentado un aumento en esta, en la militarización y la violación de los derechos humanos; la construcción cultural de las identidades ha estado afectada por una amplia variedad de expresiones de violencia en el hogar, la cual se superpone con otras expresiones en lo político y lo social (Pineda y Otero, 2004).

La violencia como manifestación humana es uno de los fenómenos cotidianos que más contribuyen al deterioro de la calidad de vida del ser humano, no importa su contexto familiar, social o cultural, tanto, que el término violencia ha recibido diversos significados para describir múltiples y distintos procesos en los que se involucra el hombre y siempre identifica a una víctima y a un victimario (González y Molinares, 2010). Uno de los fenómenos de la violencia que ha recobrado especial interés en los últimos años en Colombia es el desplazamiento y las situaciones asociadas a este como por ejemplo las masacres y las agresiones sexuales y físicas, no sólo por las consecuencias sociales sino además por las consecuencias psicológicas que traen consigo, como el Desorden de Estrés Postraumático, la depresión, trastornos de ansiedad, entre otras (Wilches, 2010; ACNUR, 2009; Campo-Arias y Cassiani, 2008; Alejo, Rueda, Ortega y

Orozco, 2007; Alejo, 2006; Rodríguez, Díaz, Niño, Samudio, 2005; Alejo, 2005; Gómez-Restrepo, Bohórquez, Masis, Laverde, Sepúlveda y Díaz-Granados, 2004).

En este contexto de violencia, un fenómeno que ha recobrado importancia es la violencia al interior de la familia, donde la mujer y los niños son especialmente los mas afectados, por lo cual en los últimos años, se ha reconocido que la violencia contra las mujeres y los niños, es una vulneración de los derechos fundamentales y un factor importante en el deterioro de la salud, y se han dictado leyes de protección y protocolos de atención cuando se presentan estos casos (e.g. Ley 294 de 1996 y Ley 1098 de 2006). Frente a la prevalencia de la violencia intrafamiliar se tiene que en un estudio de la OMS realizado con 24.000 mujeres de 10 países, se obtuvo que entre un 13 y un 61% de las encuestadas reconoce haber sufrido malos tratos físicos en algún momento de su vida, entre un 6 y un 59% agresiones de tipo sexual, y entre un 20 y un 75% maltrato psicológico a manos de su pareja o ex pareja (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010). Algunos estudios muestran el impacto que la violencia al interior de la familia tiene en quienes la padecen; en mujeres maltratadas por su pareja se han encontrado problemáticas como el trastornos de estrés postraumático, sintomatología depresiva, problemas de autoestima, entre otros (Heath, Hall, Canetti, Hobfoll, 2012; Caldwell, Swan, Woodbrown, 2012; Graham-Bemann, Sulaiz y Hawell, 2011; Castaño y León (2010); Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Del Corral, 2007; Patró y Limiñana, 2005; Blanco, Ruiz-Jarabo, García y Martín-García, 2004; Valdés y Juárez, 1998; entre otros). Otros estudios han reflejado cómo los comportamientos violentos al interior del hogar ejercidos por los padres afectan el desarrollo de habilidades a nivel emocional y social (Tur-Porcar, Mestre, Samper y Malonda, 2012; Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas, 2012; Orve y Calvete, 2012; Henao y García, 2009; Iglesia y Romero, 2009;

Cuervo, 2009; Almeida, Abrunhosa y Sani, 2008; Mestre, Tur, Samper, Nacher, 2007; Einsenberg, Fabes, Guthrie, Reiserf, 2000; entre otros).

Para la Unicef (2007), es importante asumir que la violencia es una situación que trasciende a la familia que la sufre, es un problema que afecta a la sociedad en su conjunto y donde se deben asumir posturas desde lo teórico y lo práctico a fin de ser superada. Para autores como Castro y Riquer (2003), la investigación en torno a la violencia contra las mujeres en América Latina enfrenta una paradoja ya que el número de investigaciones es sumamente bajo, al mismo tiempo que existe un agotamiento del tema sin haberse dado aún respuestas definitivas sobre la naturaleza y las causas del problema, por lo cual para enriquecer la investigación es indispensable diseñar nuevas investigaciones donde se abandonen los diseños ateóricos y meramente estadísticos, sólo así será posible imaginar las nuevas preguntas de investigación que requiere el problema de la violencia; de igual forma plantean que el gran reto de la investigación radica, en la solución de este problema, para lo cual es importante desarrollar investigaciones que recuperen el carácter relacional de la violencia en contextos intermedios como la familia, la pareja y la calle. En la literatura se encuentran estudios sobre intervenciones diseñadas para mujeres con diferentes diagnósticos derivados de la vivencia de eventos de violencia. Sin embargo, pareciera necesario e importante realizar abordajes terapéuticos sobre las consecuencias específicas de la violencia que no constituyen diagnósticos clínicos, pero que sí interfieren en la calidad de vida de las personas y en sus interacciones a nivel familiar y que a su vez podrían constituirse en comportamientos perpetuadores de la violencia al interior del hogar.

La relevancia disciplinar y social del presente estudio, parte de un planteamiento que se consideró importante a la luz de la revisión empírica y teórica y es el relacionado en cómo la mayoría de las intervenciones están dirigidas a aquel miembro agresor activo dentro de la

familia, es decir, aquel que ejerce comportamientos violentos, dejando de lado a los demás integrantes, quienes muchas veces dadas las circunstancias se convierten además de víctimas en mantenedores de la problemática de violencia intrafamiliar, de igual forma, parte del interés de cómo si se interviene a otro miembro del núcleo familiar que no es el agresor directo y se le entrena en habilidades (que para el caso de la consultante estuvieron encaminadas a la regulación emocional, uso de comportamientos asertivos y programación de actividades placenteras con sus hijas) se minimiza el mantenimiento de dicha problemática. Además de este planteamiento, surge otro y es el relacionado en cómo hacer abordajes terapéuticos de una forma breve, dadas las implicaciones éticas que tienen casos como el del presente estudio y que a la vez permitan orientar decisiones de las autoridades que realizan remisiones a psicología.

Se espera, que esta investigación y los planteamientos que puedan surgir de ella, motiven el diseño de posteriores investigaciones que ayuden a centrar la ayuda terapéutica en otros miembros observadores y no solamente en el agresor y en cómo la intervención en un miembro del núcleo familiar puede generar cambios en todo el contexto con protocolos breves de intervención.

Si bien la presente investigación, no pretende dar respuesta a las problemáticas derivadas de la violencia social y/o familiar, sí busca dar respuesta a los efectos de dicha violencia en un caso específico pretendiendo reducir el impacto de dichos efectos en el núcleo familiar primario.

### **Revisión Bibliográfica**

El interés por conocer el fenómeno de la violencia ha aumentado, y como lo plantean González y Molinares (2010) tal es el caso que, al revisar las referencias bibliográficas sobre este

fenómeno, se observa su inclusión en la agenda de todas las Ciencias Sociales, con el fin de ser estudiada desde cada uno de sus enfoques. Como se expondrá posteriormente, este interés, también se ha centrado en identificar las consecuencias que la violencia trae a nivel emocional y físico en quienes la padecen, lo cual ha sido abordado en algunas investigaciones y las cuales, además de identificar tales consecuencias (derivadas de algunos contextos específicos como el conflicto armado, el familiar y/o el de pareja), han intentado buscar respuestas para mitigar el impacto que trae consigo en sus víctimas; al respecto, Castro y Riquer (2003), plantean la paradoja que la investigación en torno a la violencia especialmente contra las mujeres es sumamente bajo, mientras que a su vez pareciera un tema que se ha agotado sin dar respuestas definitivas sobre su naturaleza y sus causas.

La presente revisión teórica se enmarca en el fenómeno de la violencia, presente en Colombia en contextos como el social y el familiar y en la cual se basa la formulación clínica elaborada para la consultante, partícipe de este estudio.

Colombia vive hoy una situación de violencia generalizada donde las formas violentas de relación (las cuales se caracterizan por el predominio intencionado de la fuerza para la consecución de fines, con producción de daños a las víctimas), se han ido convirtiendo en predominantes tanto en los espacios de la vida privada como en los de la vida pública, igual en las interacciones políticas que en las familiares, laborales y aún en las deportivas (Franco, 2003). Tal vez, por estas formas de relación, Colombia ha sido caracterizada como uno de los países más violentos del mundo, cuyo fenómeno ha aparecido en numerosos estudios y ha sido tema de amplios debates.

Moreno y Sánchez (2009) lo consideran así al afirmar que “La elevada violencia en Colombia es un hecho reconocido tanto internamente como en el extranjero y por sus niveles el

país se ubica entre los más violentos del mundo. Con 96 homicidios por cada 100 000 habitantes, en 2003 Colombia se ubicó junto con los Estados Unidos de América entre los países más violentos de la Región” (p. 2), o como Rodríguez, Díaz, Niño, Samudio y Silva (2005) lo mencionan al decir que Colombia es considerada como un país de alto riesgo, especialmente por las condiciones de violencia que aquí se generan y que se expresan en la creación de estados de terror. Desde la independencia de Colombia en el siglo XIX, el país ha sufrido varias guerras civiles, cuyos resultados, medidos en términos de dolor, sangre, desconfianza y afectación de la economía, no pueden considerarse, es así que en el siglo XX, en cuyo inicio algunos consideraban que fuera el siglo en que se extinguieran las guerras de la faz de la tierra y luego de un periodo de relativa normalidad (1910 a 1945) se presentó en el país el período conocido como el de “la violencia” (Jaime, 2003).

A pesar que el término violencia ha sido ampliamente utilizado, se ha hecho difícil llegar a un consenso sobre su definición; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2010), consideran como un concepto importante, la definición utilizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “El uso intencional de fuerza física o poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, subdesarrollo o privación”. De igual manera, la OMS reconoce como tipos de violencia: a). Autoinflingida, que abarca la conducta intencional y dañina dirigida hacia sí mismo, donde el suicidio sería el tipo más extremo; otros tipos incluyen la mutilación y la conducta parasuicida, donde el intento es autodestructivo, aunque no letal; b). Interpersonal, que incluye las conductas violentas entre individuos, sin que estén organizadas o planeadas por grupos sociales o políticos; este tipo puede clasificarse por la relación víctima-agresor, siendo clave distinguir entre la violencia doméstica (familiar e íntima), la violencia entre conocidos y la



violencia entre desconocidos; c). Organizada, que se refiere a la conducta violenta motivada por los objetivos políticos, sociales o económicos de un grupo social o político (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010).

Este término también puede definirse como todo acto u omisión que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, contra su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad (Alarcón, Arroyo, Godoy y Vera, 2010).

En este intento por definir el término violencia, algunos autores como Alonso y Castellanos (2006) destacan una diferencia entre este término y el de agresividad, considerando que la agresividad tendría un sentido adaptativo, mientras que el sentido de la violencia sería básicamente cultural; es decir, que la cultura convierte a la agresividad en violencia, considerando esta última como una acción que tiene la finalidad de causar daño sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia. Atendiendo esto, para Chauv (2003), la agresión puede ser física (cuando busca hacer daño físico a la persona), verbal (cuando se quiere herir a través de las palabras, relacional (cuando se busca hacerle daño a las relaciones que tiene la otra persona o al estatus social que tiene un grupo), entre otras; de igual forma, considera que el tener en cuenta distintos tipos de agresión (de acuerdo con sus funciones), parece dar mejores ideas en cuanto a la prevención se refiere, resaltando que es importante diferenciar entre dos tipos de agresión: a). Agresión Reactiva, que se refiere a uso de la agresión como respuesta ante una ofensa real o percibida y b). Agresión Instrumental, conocida también como agresión proactiva, la cual no está precedida de ninguna ofensa. Las emociones juegan un papel muy importante en ambos tipos de agresión; la agresión reactiva está relacionada con dificultades para regular las emociones, especialmente la rabia, mientras que la agresión instrumental no tiene una clara

relación con las emociones, sucede cuando se considera un instrumento útil para conseguir lo que se quiere (Chaux, 2003).

Frente a las explicaciones sobre las raíces de la violencia colombiana hay un sinnúmero de miradas, que van desde atribuirla a problemas partidistas, a la lucha de clases, a la fragilidad de las instituciones políticas, a la injusticia social, entre otros motivos; de igual manera, la violencia no ha tenido la misma incidencia ni las mismas manifestaciones en todas las regiones del país, sino que ello ha variado dependiendo del contexto (González y Molinares, 2010).

Desafortunadamente, no sería exagerado decir que la violencia hace parte de la memoria colectiva de todos los colombianos, siendo el desplazamiento una de las forma de violencia que en la actualidad afecta a la población colombiana llegándose a considerar que los desplazados colombianos constituyen la tercera población más grande de refugiados en el mundo después de Sudán y Angola (Rueda, Ortega y Orozco, 2007); no se tienen cifras exactas o por lo menos concordantes entre el gobierno y otras instituciones dedicadas a estudiar este fenómeno social; así, ACNUR (2012), reporta que hasta mayo de 2011 el Gobierno de Colombia ha registrado a más de 3,7 millones de desplazados internos en el país, mientras que ONG como la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) consideran que la cifra real de desplazados por el conflicto armado interno desde mediados de los años 80 supera los 5 millones de personas. El conflicto colombiano ha desembocado en una crisis humanitaria que incluso se ha desbordado a los países vecinos, de tal forma que entre 1985 y 2002, más de dos millones de personas fueron desarraigadas de sus hogares, víctimas de la creciente violencia, propiciando una de las mayores crisis de desplazamiento (González y Molinares, 2010).

A partir de la violencia, durante los últimos 60 años, los colombianos han venido construyendo maneras de actuar relacionadas con el poder, la política y las formas de resolución

de conflictos; actualmente, todos los colombianos han experimentado en sus vidas algún tipo de vivencia en relación con la violencia, no sólo la generada por la problemática sociopolítica del país desde los años 50 (asociada con el surgimiento de las guerrillas, el narcotráfico y el paramilitarismo), sino también con la violencia generada en los hogares y en las calles (Rueda, Ortega y Orozco, 2007).

En la violencia colombiana, la mujer ha sido una de sus principales víctimas, para ACNUR (2009), las personas desplazadas son el mayor grupo de víctimas del conflicto en Colombia, y entre ellas, las mujeres son mayoría; hasta noviembre de 2009, la Agencia Presidencial para la Acción Social, registró más de 3.2 millones de personas desplazadas, de las cuales cerca del 83 % son mujeres, niñas y niños y según el séptimo informe de la Comisión de Seguimiento a la política pública sobre el desplazamiento forzado de octubre de 2008, el 43% de las familias desplazadas tienen jefatura femenina, y en 68 de cada 100 casos, esas mujeres desplazadas cabeza de familia están solas. Para medicina legal, en el año 2011, se practicaron 17.000 exámenes médicos legales por presunto abuso sexual a mujeres, mientras que para hombres fue de 3.287; en cuanto a la violencia intrafamiliar se tiene 59.952 casos de mujeres, contra 16.741 de hombres, para ese mismo año; los hombres son más víctimas de accidentes de tránsito, lesiones accidentales y violencia interpersonal que las mujeres. Pese a estas estadísticas, muchos de los casos de violencia que se presentan contra las mujeres no se conocen; para Wilches (2010), la invisibilización de la violencia contra las mujeres, especialmente la sexual, acompañada de la idea de que esto no es un delito, sino algo natural, que les sucede a las mujeres por el hecho de serlo, hace que sea muy difícil conocer la magnitud de la violencia sexual en el país, los delitos que ocurren contra las mujeres en la guerra no se consideran prioritarios, no hay protocolos adecuados ni personal capacitado para recaudar testimonios de violencia contra las

mujeres y, en general, no se les cree a las víctimas, quienes además no denuncian debido a la desconfianza en el sistema de justicia, porque saben que volverán a victimizarlas, porque reconocen que no serán protegidas, porque no cuentan con recursos económicos y porque el acceso a las instituciones judiciales suele ser muy difícil.

Hoy en día, al igual que en otras latitudes, las estructuras de violencia en Colombia migran de formas, dependiendo del escenario, de una masacre a una golpiza del marido o del padre o madre, de una pelea entre vecinos a un enfrentamiento con arma blanca que involucra a los jóvenes de una escuela. Tal vez las formas en que se presenta la violencia en la sociedad cambien con el tiempo, muten a otras formas, que se hacen visibles o se cubren de invisibilidad (González y Molinares, 2010).

Dada la diversidad de contextos, escenarios, tipos y significados de las violencias y los cambios permanentes de su dinámica e intensidad, resulta casi imposible una reflexión que comprenda todas las formas de violencia, siendo necesario delimitar en cada caso a qué tipo de violencia se refiere (Franco, 2003), así para esta investigación se hace necesario revisar la violencia al interior de la familia y cómo esta afecta a quienes están inmersos en ella.

El contexto familiar es considerado como el precursor del desarrollo de los seres humanos, ya que es en este contexto donde el ser humano aprende valores, principios, habilidades para relacionarse con los demás, para solucionar los conflictos, estructura su personalidad y lo prepara para asumir su independencia. La familia es considerada como el primero y más importante agente socializador durante los primeros años de vida, pues los niños son especialmente moldeables y es cuando las destrezas sociales, los valores y las competencias comienzan a formarse a partir, fundamentalmente, de la observación y de la imitación de los progenitores, con quienes existe una conexión afectiva, es así que los padres, en el proceso de

socialización, actúan como modelos que los hijos imitan, al tiempo que estimulan o inhiben determinados comportamientos en función de los estilos de crianza que practican (Pichardo, Justicia y Cabezas, 2009), por lo tanto, los padres deben ofrecer pautas educativas que fomenten la madurez personal y al mismo tiempo, que eviten la impulsividad, la agresividad, el aislamiento y otras conductas inadaptadas, y a su vez poseer estilos de crianza que fomenten dichas habilidades. Desafortunadamente en el contexto de la violencia familiar, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores y las personas con algún tipo de disminución (física, psíquica o sensorial) son las más vulnerables (Alonso y Castellanos, 2006) a verse afectadas en hechos de violencia al interior de la familia.

Así como se encuentra gran número de definiciones del término violencia, de igual forma se encuentran varias definiciones sobre la violencia específica al interior de la familia; la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la define como: “toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de algún otro miembro de la familia” (Alarcón, Arroyo, Godoy, Vera, 2010). Ferrer y Bosch (1999) consideran que el término violencia doméstica se utiliza frecuentemente para referirse a la violencia ejercida por algunos hombres sobre las mujeres en el marco de las relaciones de pareja, resaltando la concepción de la comisión europea encargada de la igualdad de oportunidades (1999) que define la violencia doméstica o violencia en la familia como “toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia, recurso a la fuerza física o el chantaje emocional: amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual en la familia o en el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro

tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo". Walker (1999), resalta el uso del término "violencia familiar" como sinónimo de "violencia doméstica", aclarando que defensoras de las mujeres maltratadas prefieren usar el término "violencia intrafamiliar" cuando se trata de múltiples formas de abuso infantil y maltrato a personas mayores, considerando además, que aunque es una discusión interesante tratar sobre estas posibles diferencias, los términos de violencia y abuso en diferentes idiomas tienen significados diferentes; por lo tanto, la precisión en la comparación de los actos reales que ocurren de una cultura a otra es aún más complicada; así para Walker (1999), la violencia doméstica puede definirse como un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico, aunque normalmente se presentan de manera combinada y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad. En el presente documento se recurre al uso de ambas expresiones al hacer referencia a la violencia al interior de la familia.

Alarcón, Arroyo, Godoy, Vera (2010), mencionan básicamente tres tipos de violencia familiar: a). La violencia de pareja, b). el maltrato infantil y c). la violencia contra personas de la tercera edad. En esta investigación se tendrán en cuenta los dos primeros tipos propuestos y las consecuencias que dejan estos a nivel emocional. La violencia en el hogar ejercida contra la mujer y contra los niños y niñas, que se ha visto como una práctica cultural, deja consecuencias emocionales que revisten especial importancia en el campo de la psicología, no con el ánimo de conocer simplemente las consecuencias en sí, sino la importancia de saber qué hacer frente a los efectos que esta tiene a nivel individual. Esta revisión de los efectos de la violencia, se hará inicialmente desde la violencia de pareja para seguir posteriormente con la violencia establecida como una pauta de crianza en la educación de los hijos e hijas. Lo anterior teniendo en cuenta

que en la historia de vida de la consultante se presentaron ambos tipos de violencia, siendo ella la afectada.

La violencia contra las mujeres es actualmente un tema de preocupación social; Nogueiras (2006), destaca un aspecto histórico importante sobre este tema, al afirmar que la violencia y los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia, pero esta violencia estaba normalizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento y, por tanto, estaba silenciada y oculta". Para Pineda y Otero (2004) la violencia doméstica al igual que la política tiene importantes características desde la dimensión de género; una de ellas parte del hecho que la violencia es ejercida especialmente por los hombres; hombres, mujeres, niños y niñas experimentan formas de violencia basadas en género, no obstante la violencia intrafamiliar es ejercida especialmente por hombres contra mujeres, niños y niñas, contra otros hombres y contra sí mismos. La violencia contra las mujeres nace de un sistema de relaciones de género atado en la organización social y la cultura, que históricamente ha planteado que los hombres son superiores a las mujeres, tienen diferentes cualidades y ejercen diferentes roles, los cuales asignan el poder, el control y la dominación al género masculino y la sumisión, la dependencia, la aceptación de la autoridad masculina y la obediencia a las mujeres (Nogueiras, 2006).

En los últimos años, los organismos internacionales han reconocido que la violencia contra las mujeres y los niños, es una vulneración de los derechos fundamentales y un factor importante en el deterioro de la salud, por lo cual se han dictado leyes de protección y protocolos de atención cuando se presentan estos casos.

En cuanto a Colombia se refiere, uno de los avances más recientes en materia política frente a la protección a la mujer ha sido la creación de la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan

normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Respecto a la protección de los niños, niñas y adolescentes, se estableció el Código de infancia y Adolescencia Ley 1098 de 2006, el cual tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política de Colombia y en las leyes, así como su restablecimiento.

### **Consecuencias psicológicas de la violencia**

En cuanto a las víctimas de la violencia en Colombia, desde la perspectiva de la salud mental, el desplazamiento es un fenómeno sociopolítico que deteriora las condiciones de vida de las personas; el desplazamiento es un proceso de desarraigo que conlleva a múltiples pérdidas y trae problemas para la identidad de las personas, su proyecto de vida y su autoestima, además, que cuando las personas atraviesan por la condición de ser desplazados, normalmente han vivenciado un gran número de experiencias de violencia durante su vida que condicionan su decisión de movilizarse y abandonarlo todo (Alejo, 2005).

Para Alejo (2007), la población desplazada experimenta diversos eventos estresantes que están asociados con consecuencias adversas para su salud, por tanto, esta población presenta niveles de morbilidad altos, una disminución en su expectativa de vida, y vulnerabilidad a desarrollar desordenes mentales y hábitos de salud pobres en comparación con otros tipos de poblaciones traumatizadas; es así que en su estudio encontró una prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático TEPT en el 21% de la muestra (851 adultos), además, identificó que la



respuesta de depresión fue la más frecuente y la más vinculada con los síntomas de trauma, lo cual reflejó comorbilidad de trastornos afectivos junto con síntomas de TEPT, de igual forma, encontró que el 97% de los evaluados reportaron vivencia de hechos traumáticos y no todos presentaron el cuadro completo de trauma pues cerca del 43% de la muestra permaneció en nivel subclínico (Alejo, 2007).

Estos resultados contrastan con otros estudios realizados con población desplazada Colombiana, como los presentados por la Organización Médicos Sin Fronteras (2010), quienes obtuvieron datos de 5.064 pacientes (65% mujeres y 35% hombres) que recibieron atención clínica por parte de la organización en el período comprendido entre marzo de 2005 y septiembre de 2009; de esta muestra de pacientes, encontraron que los cinco diagnósticos principales más frecuentes que atendieron fueron el trastorno adaptativo (18,68%); los problemas de relación y problemas asociados con el abuso o la negligencia (17,55%); la depresión mayor, episodio único (11,3%); el duelo (8,90%); y los trastornos del estado de ánimo (8,29%); además, encontraron que de los cinco diagnósticos más frecuentes, más del 65% de las personas atendidas no presentan una patología grave o crónica como tal, sino más bien reacciones intensas que implican un sufrimiento psicológico acusado y requieren de un abordaje terapéutico, y que han sido desencadenadas o están estrechamente vinculadas a circunstancias vitales externas devastadoras.

Respecto a los efectos de la violencia en un contexto más específico como el familiar, las consecuencias para las mujeres víctimas de maltrato son variadas; los principales trastornos psicológicos desarrollados son la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004). Se han realizado estudios tendientes a establecer las consecuencias del maltrato; en esta dirección, Domínguez, García y Cuberos (2008), realizaron un estudio donde evaluaron cuáles son los daños psicosociales que conlleva la

violencia contra las mujeres, el cual estuvo conformado por 100 participantes víctimas de maltrato y donde encontraron que el maltrato psicológico es el tipo más frecuente aunque el físico es el que reviste mayor gravedad; en cuanto adaptación encontraron que las mujeres sienten que el maltrato influyó en sus vidas, siendo el área laboral la menos afectada y por el contrario es el área de pareja la más afectada debido al temor que sienten de establecer una nueva relación y recibir malos tratos. En esta misma dirección, Canaval, González, Humphreys, De León y González (2009), realizaron un estudio con 100 mujeres de la ciudad de Cali, con el fin de medir el efecto de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres que consultan a las comisarías de familia de dicha ciudad.

Labrador, Fernández y Rincón (2009), en su artículo “Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático” resaltan que los efectos negativos sobre las víctimas, tanto físicos como psicológicos, son frecuentes e importantes; en relación a los efectos físicos, aunque se pueden encontrar en las mujeres maltratadas todo tipo de lesiones, son los trastornos funcionales (colon irritable, trastornos gastrointestinales, dolor crónico, etc.), los problemas más frecuentes e importantes; frente a los efectos psicológicos señalan que sin duda son más habituales y problemáticos, entre los cuales están síntomas depresivos, sentimientos de ineficacia, hiperactivación, problemas de autoestima, pensamientos de culpa o distorsiones cognitivas (Taylor, Magnusem y Amundson, 2001).

Las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como los de muertes o lesiones graves; entre éstas, según un meta-análisis de Golding (1999), se destaca la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (media ponderada del 63,8%) y la depresión (47,6%), señalándose también una elevada

frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias (18,5% del alcohol y 9% de drogas). Lo anterior contrasta con Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2010), al señalar que en cuanto a cuadros psicopatológicos, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad, la depresión, las disfunciones sexuales, el abuso y dependencia de sustancias acompañan con frecuencia a la violencia doméstica; al igual que la alta frecuencia de problemas de autoestima y desadaptación social, al igual que lo encontrado por Tiburcio, Natera y Berenzon (2010), quienes realizaron un estudio con 135 mujeres que informaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, encontrando que el 8.9% cumplió los criterios de trastorno depresivo y 21.7% los criterios de trastorno de ansiedad; al considerar en su muestra únicamente a quienes sufrieron violencia física, la proporción que presentaba un trastorno depresivo era significativamente mayor (16%) que el observado en aquellas mujeres que no sufrieron este tipo de violencia, observando también que el 22% de quienes habían sido golpeadas presentaban un trastorno de ansiedad.

Respecto a la edad, Sarazua, Zubizarreta, Echeburúa y del Corral (2007), realizaron un estudio con 148 víctimas de violencia familiar, donde encontraron que las víctimas más jóvenes sufrían maltrato físico más a menudo y estaban expuestas a un mayor riesgo para sus vidas que las víctimas de más edad, que la tasa de prevalencia del TPSD era más alta en las víctimas más jóvenes (42%) que en las mayores (27%). Asimismo, las víctimas de menor edad (menores de 30 años) mostraban más síntomas depresivos y tenían una autoestima menor que las más mayores (mayores de 30 años), la gravedad del TPSD en las víctimas jóvenes estaba relacionada con la presencia de relaciones sexuales forzadas, mientras que en las víctimas mayores, se relacionaba más con la percepción de amenaza para sus vidas. La violencia de pareja produce un deterioro

significativo en la salud física y psíquica de las mujeres afectadas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008).

Otros autores como Kilpatrick, Amick-McMullan, Best, Veronin y Jesnick (1989), consideran que “los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional, que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales”, la fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otros delitos violentos o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo, cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares y cuando hay un divorcio de los padres antes de la adolescencia de la víctima (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Lo anterior contrasta con el estudio realizado por Graham-Bermann, Sularz, y Howell (2011), el cual partió de la consideración que numerosos estudios proporcionaban pruebas de una relación significativa entre el nivel de desorden de estrés postraumático (PTSD) y el número de acontecimientos estresantes en la vida de alguien; así, al buscar determinar los efectos de una gama de múltiples acontecimientos adversos sobre mujeres expuestas a violencia de pareja y su sintomatología de PTSD, confirmaron que la frecuencia de violencia de pareja sería mayor para mujeres con una historia de acontecimientos adversos; también encontraron que mujeres con una historia de eventos adversos, están en mayor riesgo de victimización en la edad adulta, así como una relación significativa y positiva entre el número de acontecimientos adversos a los cuales la mujer fue expuesta y síntomas de trauma mayores, es decir, las mujeres expuestas a violencia de pareja mas otros eventos adversos presentaron mayor sintomatología traumática. Las mujeres víctimas de violencia de género presentan diferencias individuales en el impacto psicológico a corto y a largo plazo; las variables que modulan y explican las diferencias individuales de la respuesta

emocional y su recuperación pueden estar asociadas a las propias características de la violencia, a variables personales, familiares y sociales (Soler, Barreto y González, 2005).

En la literatura se encuentran otras investigaciones que muestran esta relación entre la violencia dirigida hacia la mujer (bien sea social o de pareja) y el deterioro en la salud mental de las mismas (Health, Hall, Canetti y Hobfoll, 2010; Espelage, Low y De la Rue, 2012; Dickstein, Schorr, Stein, Krantz, Solomon y Litz, 2012; entre otros).

Desafortunadamente, la violencia al interior de las familias, no sólo se presenta contra la mujer sino también contra los hijos e hijas, esto a pesar que el contexto familiar es considerado como el precursor para el desarrollo de los seres humanos.

Culturalmente y de forma errónea, se ha asociado autoridad con violencia, lo cual ha ayudado a legitimar la violencia como una pauta adecuada de autoridad; de igual manera, se ha asociado amor con violencia y castigo con violencia, cuando en realidad la violencia es el uso del poder en negativo, mientras que el amor y la autoridad son otras formas de poder, en uso positivo (Alonso y Castellano, 2006).

Desde este punto de vista, los estilos de crianza forman una variable ampliamente estudiada, ya que se considera que los padres son la fuente primaria de adquisición de pautas y de valores (Grusec, Goodnow y Kuczynski, 2000). Algunos estudios demuestran el papel fundamental que cumple la familia como agente básico dentro del proceso de socialización y como fuente de aprendizaje en general que incluye desde los hábitos culturales hasta la organización cognitiva del individuo y la estructuración de su personalidad (Vielma, 2003).

Otros estudios han mostrado la relación entre las pautas de crianza de los padres y el desarrollo de habilidades como la expresión de emociones y pensamientos, habilidades sociales, o el desarrollo de la personalidad, entre otras variables, por ejemplo, Turcor-Par, Mestre, Samper

y Malona (2012), consideran que la crianza aporta mensajes y reglas que modulan el desarrollo de la personalidad de los hijos; los cuales tienen una influencia positiva o negativa sobre su conducta, estos autores realizaron un estudio cuyo objetivo era analizar las relaciones entre la agresividad física y verbal de los hijos y las hijas y el estilo de crianza practicado por el padre y por la madre, cuyos resultados mostraron que los estilos de crianza asociados a la madre tienen una influencia mayor en la conducta agresiva de los hijos, mientras que a las hijas la influencia está dada por ambos progenitores, de igual manera, los factores punitivos de la crianza como hostilidad y permisividad tienen efectos negativos en el desarrollo de los hijos, al relacionarse positiva y significativamente con la agresión; la hostilidad de la madre se relaciona con la agresividad tanto del hijo como de la hija. La permisividad, por su parte, tiene efectos diferentes según sea practicada por uno u otro de los progenitores, así, la permisividad del padre se relaciona con la agresividad de la hija, mientras que con los hijos es la permisividad procedente de la madre la que tiene influencias más negativas. En esta misma línea, Rodríguez, del Barrio y Carrasco (2009) encontraron que la inconsistencia interparental se relaciona significativamente con las manifestaciones emocionales de los hijos, especialmente, con la agresión y la depresión; así, los hijos criados en hogares consistentes interparentalmente fueron los que presentaron menores niveles de sintomatología depresiva y agresión, dando muestras de un mejor ajuste emocional. Además, Cummings, Goeke-Morey, Papp y Dukewich (2002), consideran que la agresividad de los padres apoya el aumento de agresividad de los hijos, observándose además una relación entre la emocionalidad negativa de los padres y la inseguridad emocional de los hijos..

Otros estudios (Mestre, Tur, Samper, Násher y Cortes, 2001), han intentado establecer la relación entre los estilos de crianza, el comportamiento prosocial y la empatía, la agresividad, la inestabilidad emocional y la ira, encontrando que la evaluación positiva del hijo/a, el apoyo

emocional junto con la coherencia en la aplicación de las normas es el estilo de crianza más relacionado positivamente con la empatía y con el comportamiento prosocial, así, la capacidad de mantener comportamientos empáticos junto a la autorregulación del comportamiento son los principales predictores del comportamiento prosocial. Las personas inestables emocionalmente, con escasas aptitudes para controlar las emociones y los impulsos, tienden a comportamientos menos altruistas y con inclinación a centrarse en sí mismos, además; se considera la inestabilidad emocional como un factor que propicia la facultad de mostrar vulnerabilidad e inadaptación; la irritabilidad y la inestabilidad emocional, que reflejan las tendencias de los seres humanos a percibir los acontecimientos en su vertiente negativa, propenden a la frustración y, al tiempo, potencian la exteriorización de reacciones emocionales exageradas, acompañadas de una falta de control. Por otra parte, Mestre, Samper y Latorre (2010), realizaron una investigación con el objetivo de analizar las interrelaciones paterno-filiales y su vinculación al desarrollo de los hijos, así como las conexiones entre la agresión y la inestabilidad emocional de estos; los resultados mostraron fuertes conexiones entre la agresividad física y verbal y la inestabilidad emocional; además, los individuos más prosociales suelen ser menos agresivos en sus relaciones con los demás, estando la crianza asociada a la inestabilidad emocional y a las conductas agresivas de los hijos; en este sentido, los factores que tienen mayor peso son la permisividad y la hostilidad de la madre, en el extremo negativo, y el amor y la autonomía que la madre es capaz de ofrecer, en el extremo positivo.

López y Vesga (2009), realizaron igualmente un estudio cuyo objetivo principal era abordar los estilos de interacción de padres y madres de niños y niñas preescolares y su relación con el desarrollo emocional de sus hijos e hijas, evaluando las dimensiones de autorregulación, comprensión emocional y la empatía; retomaron las hipótesis planteadas por Baumrind (1967,

1968, 1970), quien dentro de sus hallazgos logró establecer conexiones entre la influencia de la relación parental y algunas características socioemocionales de los niños y niñas; sus hallazgos dejaron ver con claridad que aquellos padres y madres que utilizaban un control firme pero acompañado de estados importantes de amor, afecto y comprensión hacia sus hijos e hijas, lograban el desarrollo de niños estables, consistentes y responsables; este tipo de características de estructura parental se denomina estilo equilibrado. Los hallazgos de este estudio permitieron considerar que el estilo equilibrado se relaciona específicamente con el grupo de madres cuyos hijos e hijas presentan un mejor desempeño en comprensión emocional, y en general a nivel emocional, mientras observaron que los estilos permisivo y autoritario presentan relaciones inversas: a mayor estilo autoritario o permisivo, menor rendimiento en componentes de empatía y desempeño emocional general.

Eisenberg, Losoya, Fabes, Guthrie, Reyser, Muphye, Shepard, Poulin y Padgget (2001), encontraron que la expresión positiva de las emociones en la interacción de los padres con sus hijos, está relacionada con la regulación de la expresión de las emociones de estos últimos, además, los padres que son cálidos, positivos y apoyan a sus hijos en situaciones que involucran estímulos emocionales, tienden a expresar sus emociones de forma positiva ayudando a sus hijos a comprender las emociones de otros.

En diferentes estudios se ha observado que los niños cuyos padres muestran conductas hostiles hacia sus hijos mediante actitudes disciplinarias rígidas o autoritarias, que utilizan el castigo especialmente el corporal, de forma frecuente, así como la privación de privilegios o las amenazas verbales y que dan órdenes de forma habitual, es más probable que se comporten agresivamente (Pichardo, Justicia y Cabezas, 2009).



En contraste, Tur, Mestre y del Barrio (2004), en un estudio realizado por la Universidad de Valencia, “factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente”, encontraron en cuanto a los hábitos de crianza y sus efectos en las conductas inadaptadas de los adolescentes que los factores de la crianza de los padres asociados a apoyo, autonomía, disciplina y satisfacción por la crianza, correlacionan con la emisión de las conductas de los hijos marcadas por una estabilidad emocional y una baja agresividad. Además, observaron que la capacidad de los padres para estimular relaciones amparadas por el afecto y la comunicación en el seno familiar (fomentando criterios disciplinarios consistentes que faciliten vías de actuación en los hijos y les aporte referencias claras sobre las líneas de acción a seguir), inhibe la agresión y ayuda a establecer relaciones positivas con el entorno. La relación significativamente negativa mantenida entre los hábitos de crianza y constructos psicológicos de inestabilidad emocional y agresión orienta a concluir que buenos hábitos de crianza protegerán la posible aparición de trastornos emocionales.

Para resumir la importancia de las pautas de crianza en el desarrollo de habilidades de los hijos e hijas, vale la pena citar a Pichardo, Justicia y Cabezas (2009), quienes consideran que “Unas prácticas de crianza eficaces implican dar apoyo, expresar empatía, una adecuada resolución de conflictos, una buena comunicación padres-hijos, implicación o afectividad positiva, control de la conducta estableciendo límites claros y una apropiada disciplina”; para estos autores, estas características son propias del llamado estilo educativo democrático (Baumrid,1971), un estilo basado en el afecto y control inductivo donde se favorece el desarrollo de conductas socialmente adecuadas, como son la cooperación social, la independencia social e interacciones sociales positivas. Algunos estudios realizados con adolescentes han comprobado que este tipo de estilo educativo no sólo tiene efectos en los primeros años de la vida, sino que

sus consecuencias positivas, en el nivel social, se ven claramente reflejadas también durante la adolescencia (Pichardo, Justicia y Cabezas, 2009).

En el ámbito de la investigación e intervención en situaciones de maltrato infantil, Sandra Azar y Weinzierl (2005), desarrollaron un modelo teórico el cual considera que una parentalidad competente tiene que ver fundamentalmente con la capacidad de adaptación de los padres; lo cual quiere decir que los padres necesitan ser lo suficientemente flexibles para adaptarse positivamente a las circunstancias y necesidades de sus hijos ya que estos van cambiando con la edad (Rodrigo, Martín, Cabrera, y Maíquez 2009).

Otros estudios han buscado establecer la relación entre los estilos de crianza de los padres y la expresión emocional (Eisenberg, Richard A. Fabes, Ivanna K. Guthrie, and Mark Reiser, 2000; Iglesias y Romero, 2009; Palos, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas; 2012; Orue y Calvete, 2012; entre otros). Algunas investigaciones han buscado abordar cómo los patrones de violencia se transmiten de una generación a otra (Almeida, Abrunhosa Gonçalves y Sani, 2009; Gómez y De Paul, 2003; Salas, 2005), al respecto Romero, Melero y Cánovas (2007), concluyen que las relaciones que mantienen los adultos dentro del marco familiar tienen influencia y se reflejan en la transmisión de valores a los hijos; es decir, si la relación es de respeto, de aceptación del otro, de escucha y de ayuda, seguramente las dificultades se afrontarán y se resolverán de manera respetuosa, mientras que si en las relaciones familiares alguno de los miembros ha ejercido algún tipo de violencia hacia el otro, lo que debía ser un lugar dónde encontrar afecto y comprensión, así como un marco de referencia estable, se puede volver un espacio de sufrimiento y de transmisión de esta forma de interrelación.

### **Intervención en las consecuencias psicológicas de la violencia**

Los planteamientos anteriores y de la formulación de caso realizada específicamente para esta investigación, sugieren realizar una revisión de algunas intervenciones que se han realizado en casos donde la violencia ha estado presente y ha influido en el desarrollo de trastornos emocionales o de comportamientos que a la vez afectan la interacción familiar y que se constituyen en generadores de espacios que fomentan la presencia de comportamientos relacionados con la violencia. Así, en cuanto a la intervención se refiere Romero (2010), en su artículo, “Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en torno al Tratamiento”, presenta algunas de las consideraciones que deben realizarse antes de iniciar el tratamiento de una mujer víctima de la violencia de género, independientemente del marco teórico del que se parta, entre dichas consideraciones se encuentran aspectos referidos al terapeuta, a la conceptualización misma de violencia como un hecho invisible y producto de la desigualdad entre mujeres y hombres, así como aspectos que hacen referencia a la especificidad que requiere la intervención con una víctima de maltrato para la garantía en la atención a la misma.

Labrador y Fernández (2009), realizaron un estudio con 20 mujeres víctimas de malos tratos por parte de su pareja y quienes se encontraban diagnosticadas con PTSD; el tratamiento, aplicado de manera individual constaba de ocho sesiones, las cuales incluían entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición; en los resultados se observó una mejora significativa en la sintomatología postraumática (superación del PTSD en más del 80% de las participantes) y en los problemas asociados: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas, mejorías que se mantuvieron e incluso incrementaron en el seguimiento a seis meses.

Labrador, Fernández y Rincón (2006), realizaron otro estudio cuyo objetivo era determinar la eficacia de un programa de tratamiento breve del PTSD en mujeres víctimas de violencia doméstica cuya muestra estaba constituida por 20 participantes, quienes cumplían criterios para el diagnóstico de PTSD, constituyendo 10 el grupo de control de lista de espera y 10 el grupo de tratamiento. El programa de tratamiento, retomado de Labrador y Rincón (2006), se aplicó de forma individual y constaba de 8 sesiones, siendo sus componentes fundamentales la psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición; los resultados de dicho estudio indicaron que el programa fue efectivo para la reducción del PTSD en el 100% de los casos y se produjo además una mejora significativa en otras variables concomitantes como la depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

Correa, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta (1995), realizaron un estudio con 10 participantes diagnosticadas con PTSD, con el fin de evaluar la efectividad de un programa terapéutico conformado por reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento, encontrando una mejoría en las consultantes en el post tratamiento y seguimientos realizados.

En cuanto a la prevención, Blázquez, Moreno y García-Baamonde (2009), destacan la necesidad de una prevención primaria del maltrato psicológico contra la mujer, proponiendo el aprendizaje de estrategias basadas en la empatía, el diálogo, la negociación, la cooperación y la resolución de conflictos constructiva.

Son varios los tratamientos que se realizan para las mujeres víctimas de violencia, los cuales parten desde perspectivas teóricas particulares; así, Lundy y Grossman (2001), en su artículo *Clinical Research and Practice with Battered Women: What We Know, What We Need to Know*, citan 16 modelos de investigación e intervención con mujeres maltratadas en el

desarrollo de su estudio, Walker (1991), considera que la psicoterapia tradicional debe modificarse para atender el impacto individual del trauma y la respuesta idiosincrática de la mujer. Partiendo de esta necesidad expuesta por Walker (1991) y de la formulación realizada para el caso específico que motivó esta investigación, se revisan algunos componentes del programa de intervención que se propusieron para dar respuesta a la problemática individual de la consultante quien en el transcurso de su vida se vio expuesta a diversos factores estresores relacionados precisamente con la violencia a nivel social y familiar y que influyeron para que la consultante actualmente presente comportamientos emocionales exacerbados, y que a la vez estos se conviertan en factores mantenedores de episodios de violencia al interior de su núcleo familiar.

Como se observa en las investigaciones expuestas anteriormente la emoción es un factor que se ve visiblemente afectado frente a episodios de violencia y cuyo concepto ha estado sujeto a una alta heterogeneidad de significados debido a la multiplicidad de matices del fenómeno emocional. Sin embargo, se identifican una serie de propiedades que son características a los conceptos con los que habitualmente se define este fenómeno, las cuales son entre otras, “la existencia de límites confusos, categorías relativas y elementos típicos entre respuestas emocionales concretas que tendrían, por tanto, una propiedad dimensional debidamente estructurada” (Pérez y González, 2005), “las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura” (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Se ha resaltado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie; así, se asumen la existencia de emociones básicas

que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados biológicamente significativos: procreación, cría, amenaza a la especie (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009). A partir del nacimiento, los niños desarrollan rápidamente una amplia gama de habilidades motoras, cognitivas y de comunicación, así como la habilidad de experimentar, expresar y modular diferentes emociones y sentimientos (Retana-Sánchez y Franco-Aragón, 2008).

Para Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009), se han hecho muchos intentos por analizar la emoción en sus componentes o dimensiones principales para facilitar tanto su clasificación, como la distinción entre ellas (Engen, Levy y Schlosberg, 1958; Spencer, 1890; Woodworth, 1938; Wundt, 1896; entre otros), a pesar de ello, las únicas dimensiones aceptadas por prácticamente todos los autores son la de agrado-desagrado y la intensidad de la reacción emocional (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009; Nieto y González, 2005). Sin embargo, otra forma de clasificar las emociones es hacer referencia a sus funciones propias ya que todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad: a). Función adaptativa: Es una de las funciones más importantes de la emoción y consiste en preparar al organismo para ejecutar eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado; b). Función Social: Las emociones facilitan la interacción social; controlan la conducta de los demás, permiten la comunicación de los estados afectivos y promueven la conducta prosocial c). Función Motivacional: La relación entre emoción y motivación es estrecha, se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad (la ira facilita las reacciones defensivas y dirige esta conducta) (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Entre las emociones se pueden distinguir al menos dos grupos: las positivas y las negativas; las negativas solucionan problemas de supervivencia inmediatas porque tienen asociadas tendencias de respuesta específicas, mientras que las positivas solucionan cuestiones relativas al desarrollo y al crecimiento personal y a la conexión social; las primeras propician formas de pensar que reducen el rango de respuestas posibles y las segundas propician formas de pensar que lo amplían (Vecina, 2006). El miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco, se consideran emociones negativas pues que son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y una alta activación fisiológica (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

**Ira:** Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009); es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: a). Las condiciones que evocan la emoción, b). Las consecuencias adaptativas de la emoción o c). La experiencia subjetiva de la emoción; así, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos; la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular; y por último, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira.

La tabla 1 muestra las características de la ira, planteadas por Chóliz y retomadas por Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009).

Tabla 1.

*Características de la ira.*

Instigadores	-Estimulación aversiva, tanto física o sensorial, como cognitiva. - Condiciones que generan frustración, interrupción de una conducta motivada, situaciones injustas, o atentados contra valores morales. - Extinción de la operante, especialmente en programas de reforzamiento continuo. - Inmovilidad, restricción física o psicológica.
Actividad fisiológica	-Elevada actividad neuronal y muscular. - Reactividad cardiovascular intensa (elevación en los índices de frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica).
Procesos cognitivos implicados	-Focalización de la atención en los obstáculos externos que impiden la consecución del objetivo o son responsables de la frustración. - Obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos.
Función	-Movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque. - Eliminación de los obstáculos que impiden la consecución de los objetivos deseados y generan frustración. Si bien la ira no siempre concluye en agresión, al menos sirve para inhibir las reacciones indeseables de otros sujetos e incluso evitar una situación de confrontación.
Experiencia subjetiva	- Sensación de energía e impulsividad, necesidad de actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática. - Se experimenta como una experiencia aversiva, desagradable e intensa. Relacionada con impaciencia.
Expresión conductual	- En general, aproximación al estímulo, objeto o situación. - Tres estilos de expresión de la ira: 1. Supresión de la ira (anger-in). Afrontamiento de la situación reprimiendo la expresión verbal o física, aunque persista activación alta. 2. Expresión de la ira (anger-out). Afrontamiento de la situación manifestando conductas airadas verbal o físicamente, hacia otras personas u objetos, aunque sin intención de producir daño. 3. Control de la ira (anger-control). Afrontamiento de la situación canalizando la energía emocional y proyectándola hacia fines constructivos, tales como maximizar la posible resolución positiva del conflicto

*Nota:* Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física.

La ira es una emoción frecuente y potencialmente destructiva que tiene una considerable importancia social y de salud pública; la concomitancia de ira, irritabilidad y hostilidad en la depresión se conoce desde hace años pero la prevalencia, la importancia para el tratamiento, el



pronóstico y los mecanismos implicados son aún poco comprendidos (Painuly, Sharan, Mattoo, 2005).

**Tristeza:** Tradicionalmente se la ha considerado como una de las emociones desagradables, aunque no siempre se puede decir que es negativa; no obstante, la tristeza al igual que cualquier otra emoción, tiene una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal y McKinney, 1984).

Para Renata-Franco y Sánchez-Aragón (2008), la tristeza se asocia con antecedentes de pérdida de relaciones personales importantes, así como la muerte de otros significativos; en el aspecto físico, se vincula con baja temperatura en la piel, problemas estomacales, síntomas musculares, distensión desagradable y sintomatología (causada por) atribuida como ser apático, estar cansado y tener postura decaída; en cuanto a reacciones mentales, se asocia a sensaciones de: impotencia, irritabilidad, susceptibilidad, malhumor, melancolía, visión negativa de las cosas, nostalgia, creencias de que hay injusticia y sentimientos o estados de nerviosismo; en el ámbito expresivo, se caracteriza por hablar poco o nada, hablar en voz baja, monotonía, manifestación de sentimientos y acontecimientos tristes.

### **Regulación emocional**

Las emociones tienen un poderoso impacto en el conocimiento del mundo que rodea a los seres humanos y motivan las acciones y afectos cuando se interactúa con otras personas y con el mundo proveyendo de sentido las experiencias de vida, las emociones poseen una función reguladora que ayuda a adquirir patrones de conducta adaptativa, mediatizan la capacidad de

adaptarse y de responder a una variedad de experiencias y preparan al organismo para responder ante amenazas, la emoción es un aspecto del funcionamiento humano basado en la biología y anclado en las múltiples regiones del sistema nervioso central y dentro de este campo de estudio, la autorregulación emocional ha despertado un gran interés por las implicaciones que tiene para el funcionamiento social de los individuos (Renata-Sánchez y Franco-Aragón, 2008).

Para Garrido-Rojas (2006) en la literatura científica es posible apreciar la inexistencia de un acuerdo en relación al concepto de regulación emocional; debido a la discusión de la delimitación entre emoción y regulación emocional (Cole, Martín y Dennis, 2004; Eisenberg y Spinrad, 2004; Reeve, 2003; Ulich, 1985); la presencia de distintas perspectivas tanto teóricas como metodológicas (Langlois, 2004); la insistencia en la complejidad y multidimensionalidad del concepto (Stifter, 2002; Diamond y Aspinwall, 2003); las distinciones en la conceptualización, medición e importancia del contexto (Fox y Calkins, 2003; Kopp y Neufeld, 2003); aspectos biológicos y efectividad de las estrategias (Silva, 2003), y las relaciones entre desarrollo y regulación emocional (Bell y Calkins, 2000; Diener et al., 2002; Eisenberg y Moore, 1997; Lecannelier, 2002; Sroufe, 2000a, 2000b; Stifter, 2002; Walden y Smith, 1997).

Para Cole (1994), la regulación emocional hace referencia a la habilidad para responder a las demandas del medio con un rango de emociones socialmente aceptable y lo suficientemente flexible para permitir reacciones espontáneas cuando los diferentes contextos lo exijan; Thompson (1994), la define como el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta; esta definición implica conceptualizar la regulación emocional como un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos de estrategias que conducen a ese objetivo

(Garrido-Rojas, 2006), o como la capacidad de los individuos para modificar su conducta en virtud de las demandas de las situaciones específicas (Retana-Franco y Sánchez-Aragón, 2008). Caycedo, Gutiérrez, Ascencio y Delgado (2006) consideran que la regulación emocional hace referencia al manejo eficiente de la activación emocional, con el fin de tener un mejor funcionamiento social. Para otros autores como Sroufe (2000), existe una relación entre apego y regulación emocional, así define el apego como la regulación diádica de la emoción y considera que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones; además considera que quienes muestran un apego seguro expresan directamente sus emociones, modulan la excitación de las mismas, presentando flexibilidad en lo emocional y adecuando la expresión de sus impulsos y emocionalidad al contexto.

La regulación emocional ha sido estudiada extensamente desde el punto de vista conductual y biológico. Así, Silva (2005) revisó las estrategias de regulación emocional que han recibido más atención, las consecuencias que suponen para los individuos que las utilizan, los mecanismos cerebrales que sustentan dichos comportamiento, encontrando que la regulación emocional es un aspecto del proceso afectivo que tienen importantes implicaciones para la psicopatología, así como que tanto la reevaluación como la supresión de las emociones tienen efectos en la experiencia de los afectos, la expresión facial de emociones, la fisiología, la memoria y la interacción interpersonal de los sujetos que las utilizan; concluyen además, que existe evidencia de que la psicopatología estaría relacionada con la habilidad de regular los afectos y que esta habilidad a su vez dependería de la capacidad de diferenciar emociones que un individuo posee.

Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004), consideran que el afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional, así, las formas de afrontamiento que tiene resultados adaptativos son aquellas que consiguen disminuir el distress fisiológico y mejorar la respuesta corporal (por ejemplo, mejorar la respuesta inmunitaria o disminuir el gasto cardíaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como aumentar recompensas y disminuir castigos o resolver los problemas y mejorar el rendimiento y ajuste social; desde este punto de vista, diferentes formas de afrontamiento pueden desempeñar las mismas funciones psicológicas, o la misma forma cumplir diferentes objetivos, entre los que se plantean: a) Regulación emocional o función emocional: disminuir la afectividad negativa y aumentar la positiva; b) Resolver el problema o función instrumental; c) Proteger la auto-estima y mantener un auto-concepto como persona digna o función motivacional defensiva y d) Manejar las relaciones sociales o función de integración social.

### **Entrenamiento en asertividad**

Aunque se han dado varias definiciones de lo que es la habilidad social como las de León y Medina (1998) o Caballo (2005), entre ellas es posible observar sus similitudes a nivel conceptual; así, Labrador, Cruzado y Muñoz (1993), considera que de las distintas definiciones existentes se pueden extraer unas características comúnmente aceptadas como más relevantes: a). Conductas manifiestas: Las habilidades sociales comprenden conjuntos de capacidades de actuación aprendidas y que se manifiestan en situaciones de interacción social; b). Orientación a objetivos: Se orientan a la consecución de determinados objetivos o reforzamientos, ya sean del ambiente o personales; c). Especificidad situacional: Están determinadas por el contexto socio-cultural y la situación en particular en que tienen lugar y d). Componentes de las habilidades:

Las habilidades sociales pueden ser consideradas a distintos niveles, en función del grado de inferencia y especificidad; comprende componentes tanto conductuales como cognitivos y fisiológicos.

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se encuentra entre las técnicas más potentes y que se usan con más frecuencia en el tratamiento de los problemas psicológicos, en la mejora de la efectividad interpersonal y para la mejora de la calidad de vida de los seres humanos (Caballo, 2005); hoy en día es una de las estrategias de intervención más ampliamente usadas en el marco de los servicios de salud mental. El entrenamiento en habilidades sociales puede aplicarse como tratamiento único para un sujeto o problema particular, o, lo que es más habitual, formando parte de un programa que incluye además otras técnicas (Labrador, Cruzado y Muñoz 1993).

Gil y León (1998), consideran que la conducta interpersonal inadecuada puede deberse a una serie de factores, como la exposición insuficiente a modelos interpersonalmente habilidosos, el aprendizaje de conductas interpersonales problemáticas, oportunidades insuficientes para practicar hábitos interpersonales importantes, la disminución progresiva de las habilidades conductuales específicas debido a la utilización y el fracaso en reconocer las señales ambientales para conductas interpersonales concretas y precisamente esas experiencias para mejorar determinadas habilidades sociales son la base de los entrenamientos en habilidades sociales.

En cuanto al entrenamiento de estas habilidades, Caballo (2005), considera que se han generado diversos programas para su entrenamiento, a pesar de la variedad, el paquete básico de EHS ha implicado típicamente los procedimientos: instrucciones, modelado, ensayo de conducta (procedimiento base), retroalimentación y reforzamiento, más las tareas para casa con el

fin de generalizar las habilidades aprendidas a la vida real. A continuación se describen brevemente tales componentes:

**Instrucciones/Aleccionamiento:** El término aleccionamiento busca proporcionar al consultante información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su actuación y el criterio esperado; además suele incluir información específica sobre lo que constituye una respuesta apropiada, anotaciones que dirigen la atención del consultante hacia sus necesidades, etc. (Caballo, 2005), el aleccionamiento consiste en explicaciones claras y concisas centradas sobre las conductas a entrenar en cada sesión (Labrador, Cruzado y Muñoz 1993). El término instrucciones es más amplio pues abarca además de lo anterior, información específica y general sobre el programa de entrenamiento en habilidades sociales o sus aspectos (Caballo, 2005).

La información se puede presentar de diversas formas: Representación de papeles, discusiones, material escrito, grabaciones, videos, etc. (e.g. información presentada en las primeras sesiones son los derechos humanos básicos, o la distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva), siendo muy importante que al inicio de cada sesión se de a conocer claramente al consultante el componente que recibe atención ese día y dar una explicación sobre su importancia; el propósito de esto es asegurarse que el consultante comprenda las expectativas de ese día, para luego realizarlas (Caballo, 2005).

**Modelado:** El modelado consiste en la exhibición por parte de un “modelo” de las conductas que son objeto de entrenamiento; la observación de estas conductas puede tener un triple efecto: a). La adquisición de conductas nuevas; b). La inhibición o desinhibición de conductas existentes y c). La facilitación de determinadas conductas (Labrador, Cruzado y Muñoz 1993). El exponer a un consultante a un modelo que muestre correctamente una

conducta determinada, permitirá en el aprendizaje observacional de ese modo de actuación; por lo general el modelo suele ser el terapeuta o algún miembro del grupo; la representación puede hacerse de todo el episodio o de una parte de este; es importante dirigir la atención del consultante hacia los componentes separados, específicos de la situación para reducir su complejidad (Caballo, 2005).

**El Ensayo de Conducta:** Esta técnica constituye el núcleo central, al rededor del cual se articula la aplicación de las restantes técnicas. Para Caballo (2005) el ensayo de conducta es el procedimiento más utilizado en el entrenamiento de habilidades sociales; a través de este se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar situaciones de la vida real que son problemáticas para quien consulta; su objetivo consiste en aprender a modificar modos de respuesta problemáticos, remplazándolos por nuevas respuestas. Se diferencia de otras formas de representación de papeles (como el psicodrama) al centrarse en el cambio de conducta con un fin en sí mismo y no como una técnica para identificar o expresar supuestos conflictos (Caballo, 2005). A través de esta técnica se pretende que la persona tenga la oportunidad de practicar las conductas apropiadas, cuantas veces sea necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado (Labrador, Cruzado y Muñoz 1993). Caballo (2005) considera que se han realizado varios estudios sobre el ensayo de conducta intentando evaluar su eficacia y su aporte en el entrenamiento en habilidades sociales (Lazarus, 1996; McFally y Lillesand, 1971; McFall y Martson, 1970; McFall y Twentyman, 1973; entre otros).

**Retroalimentación y Reforzamiento:** El objetivo de la retroalimentación consiste en proporcionar al consultante información en relación a las conductas objetivo exhibidas en el ensayo conductual realizado previamente, con el fin de moldear dichas conductas y conseguir progresivamente un nivel de ejecución lo más idóneo que sea posible; el objetivo del refuerzo es

contribuir al moldeamiento y al mantenimiento de las conductas; se utiliza para proporcionar a las personas la motivación necesaria para que mejoren en su actuación en los ensayos, aumenten la tasa de respuestas adecuadas y mantengan los logros que vayan alcanzando (Labrador, Cruzado y Muñoz 1993). La retroalimentación y el reforzamiento son dos elementos importantes en el entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2005).

**Tareas para Casa:** Las tareas para casa son una parte importante en el entrenamiento en habilidades sociales, pues estas son el medio por el cual habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en el ambiente real, es decir se generalizan a la vida diaria del paciente; por lo general cada sesión empieza y termina con discusión sobre las tareas para casa que son diseñadas específicamente para alcanzar los objetivos de la terapia; Labrador, Cruzado y Muñoz (1993) considera que estas “consisten en realizar en la vida real algún cometido similar al efectuado en los entrenamientos (habitualmente, ejecutar las conductas entrenadas)”. Caballo (2005), resaltan una serie de beneficios derivados del empleo sistemático de las tareas para casa: a). Acceso a conductas privadas; b). Eficacia del tratamiento; c). Un mayor autocontrol; d). Transferencia del entrenamiento. Para Labrador, Cruzado y Muñoz (1993) esta técnica cuenta con algunas ventajas como: a). Que la persona siga practicando las conductas y lo haga en contextos naturales, b). Que practique todo tipo de conductas; c). Elabore su propio estilo, adaptándolo a las situaciones en las que se desenvuelve y desarrolle su autocontrol, al percibirse actuando por interés propio y consiguiendo cambios en el contexto real.

Una de las habilidades sociales que ha cobrado gran relevancia en el entrenamiento, es la asertividad; los orígenes de esta palabra se encuentran en el latín *asserere* o *ssertum*, que significa “afirmar” o “defender” (Gaeta y Galvanovskis, 2009). Wolpe en 1958 fue el primero en usar el termino asertividad para referirse a la expresión adecuada de las emociones en las



relaciones sociales sin que se generen ansiedad o agresividad (Da Dalt de Mangione y Difabio, 2002), también, Caballo (2000) la ha definido como “la capacidad para expresar sentimientos, pensamientos, sentimientos, ideas, opiniones o creencias, a otros de una manera efectiva, directa, honesta y apropiada de modo que no se violen los derechos de los demás ni los propios (Da Dalt de Mangione y Difabio, 2002), o se ha concebido como “la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás” (Castanyer, 1996). En los programas de entrenamiento en habilidades sociales, en las primeras sesiones se enseña a los participantes a diferenciar entre asertividad, no asertividad y agresividad (Apéndice A).

Sobre asertividad, se han realizado estudios donde la asertividad se incluye como un componente de programas de intervención o como una variable a ser medida; por ejemplo, Sanz de Acedo, Ugarte, Cardelle-Elawar, Iriarte y Sanz de Acedo (2003) examinaron el efecto de enseñar estrategias de autorregulación y habilidades sociales a estudiantes (40 participantes) de educación secundaria que mostraban dificultades en autorreflexión, asertividad y empatía; la intervención consistió en desarrollar esas habilidades, encontrándose al final diferencias significativas entre el grupo control y el experimental, mostrando que es posible desarrollar habilidades de autorregulación y expresión de ideas, pensamientos, sentimientos y valores; así, la intervención generó un entorno positivo en la clase, donde los más observables eran el respeto, relaciones fluidas, y la cooperación.

Landazabal (2004), realizó una investigación que tuvo como objetivo diseñar un programa de intervención psicológica basado en el juego prosocial dirigido a niños de 10-12 años, administrarlo semanalmente durante un curso escolar, y evaluar sus efectos en varias conductas sociales (asertivas, pasivas, agresivas, antisociales y delictivas). El estudio empleó una metodología cuasiexperimental, un diseño de medidas repetidas pretest-intervención-posttest con

grupo de control; los resultados mostraron un impacto positivo del programa, ya que los sujetos experimentales mostraron significativamente un incremento de las conductas asertivas y una disminución de las conductas agresivas y una disminución de las conductas antisociales. Otro estudio evaluó una intervención cognitivo-conductual basada en asertividad, autoestima y afrontamiento para parejas de personas bebedoras; se empleó un diseño similar al de línea base múltiple; se comparó la preevaluación con la postevaluación y seguimientos a tres, seis y 18 meses. Los resultados revelaron mejorías clínica y estadísticamente significativas en asertividad, afrontamiento y autoestima. Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa, 2006).

Ayats, Amell y Soldevilla (2008), realizaron un estudio con mujeres víctimas de violencia de género, con el fin de evaluar la efectividad de una intervención grupal cognitivo-conductual compuesto por 20 sesiones donde aplicaron técnicas para reconstruir la autoestima y para incrementar la toma de conciencia sobre su situación de violencia, también se utilizaron técnicas de autocontrol emocional para tratar la ansiedad, la depresión y los síntomas de estrés; además, se aplicaron técnicas de asertividad. Los resultados mostraron que los grupos terapéuticos fueron una intervención efectiva para la muestra del estudio, en cuanto al perfil clínico, mejoraron en depresión, ansiedad (rasgo y estado) e histeria.

### **Formulación del Caso**

Para realizar la formulación de caso, la cual se puede observar en su totalidad en el apéndice B, se utilizó la propuesta de Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2010); así, el presente estudio se realizó con una participante de género femenino de 38 años, quien se encontraba involucrada en un caso de violencia intrafamiliar, donde sus hijas habían recibido maltrato físico por parte de su

pareja de convivencia como una estrategia de corrección de desacato frente a un instrucción y cuya situación fue puesta en conocimiento de la autoridad competente por terceros, sin que la consultante tuviera conocimiento de lo sucedido hasta ser notificada por dicha autoridad, ya que sus hijas no le comentaron los hechos por temor a la reacción de la consultante; esta situación generó la adopción de medidas de protección para las menores de edad, quienes fueron retiradas temporalmente del medio familiar.

La formulación de caso consideró todos los principios éticos que se estipulan en la Ley 1090 (por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones), especialmente en lo relacionado a los principios generales de responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, confidencialidad, bienestar del usuario, evaluación de técnicas e investigación con participantes humanos; así como en lo relacionado a los deberes y obligaciones del psicólogo contemplados en el artículo 9, deberes frente a los usuarios contemplados en el artículo 33, deberes con las personas objeto de su ejercicio profesional contemplados en el artículo 36, deberes en cuanto al uso del material psicotécnico contemplado en el capítulo VI, y lo relacionado con la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, estipulado en el capítulo VII de dicha ley. Además, se tuvo en cuenta el manual deontológico y bioético del psicólogo (2010), los principios éticos de los psicólogos y código de conducta (2010) de la American Psychological Association –APA–.

Partiendo de estas consideraciones, para la presentación de este documento la consultante será identificada como AAA, su actual pareja como BBB, su primera pareja como CCC, su hija mayor como DDD y su hija menor como EEE.

AAA es remitida de una institución que protege los derechos de las menores con el siguiente motivo: “se remite a la Sra. AAA para evaluación psicológica y acompañamiento en el proceso

de reintegro de sus hijas al medio familiar”. Esta remisión se efectúa luego que sus hijas de 13 y 15 años de edad fueron retiradas del medio familiar debido que el señor con el cual AAA vive en unión libre, propiciara golpes a las adolescentes como estrategia de corrección de comportamientos indeseados, generando para ambas una incapacidad médico legal de 7 días; dicha incapacidad fue dictaminada por medicina legal a donde fueron remitidas las menores de edad por la autoridad competente, luego de realizarse denuncia de los hechos, por terceros. Las adolescentes no reportaron los hechos sucedidos con su padrastro a la consultante. Las adolescentes fueron retiradas del medio familiar como medida preventiva por espacio de tres meses, al final de los cuales fueron reintegradas al medio familiar al evidenciarse que no existían antecedentes de otras situaciones de maltrato. La autoridad competente del caso determinó la vinculación de la mamá en atención psicológica atendiendo que es la principal garante de los derechos de las menores de edad y con el fin de fortalecer la relación madre-hijas.

En entrevista inicial realizada con AAA manifiesta “estoy dispuesta a lo que sea con tal de tener a mis hijas”; de igual forma AAA reporta “quiero estar más pendiente de mis hijas y que lo que pasó no se vuelva a repetir”.

### **Contextos de Funcionamiento**

**Familiar:** AAA vive actualmente con sus dos hijas de 15 y 13 años de edad y con su pareja con la cual sostiene una relación de convivencia desde hace 6 años. Respecto a las condiciones socioeconómicas, la familia vive en un barrio catalogado como estrato 2; viven en arriendo en un apartamento ubicado en una vivienda, la cual está distribuida para que vivan varias familias allí, algunas zonas de la vivienda son zonas compartidas y posee todos los servicios públicos

domiciliarios. Los gastos de la familia son cubiertos por la señora AAA, y por el señor BBB, sus ingresos permiten cubrir las necesidades básicas de la familia. En cuanto a la relación con su pareja, AAA considera que esta es satisfactoria aunque reporta que se presentan constantes conflictos y recibe desautorización y comentarios negativos relacionados con la educación de sus hijas por parte del padrastro. Tanto AAA como sus hijas no realizan reportes de posibles agresiones físicas entre AAA y su compañero. En la historia familiar se reportan antecedentes de castigo físico como estrategia de corrección por parte de AAA, los cuales se presentaban en ocasiones como último recurso para corregir el comportamiento de sus hijas y se hacía con el uso de elementos físicos, especialmente la correa. En cuanto a la relación de AAA y el padre de sus hijas, esta es nula, al igual que de éste con sus hijas desde hace tres años aproximadamente, cuando el señor agredió físicamente a AAA. Respecto a relación entre los hermanos de AAA se reporta que esta tiende a ser distante, según la consultante esto se debe al comportamiento de su hermana que se enmarcó en evasiones del hogar cuando era adolescente y a que actualmente la mamá cuida sus hijos sin que esta (hermana) haya asumido responsablemente el cuidado y manutención de los mismos; la relación de AAA con sus hermanos tiende a ser cordial, al igual que con sus padres. La relación de AAA con su hermana tiende a ser más cercana que con sus hermanos, existe comunicación frecuente. En general, AAA evalúa las relaciones como satisfactorias.

**Escolar:** AAA culminó sus estudios de secundaria en la modalidad de validación, lo cual la hace sentir satisfecha; dentro de su proyecto se encuentra en realizar estudios de auxiliar de enfermería, AAA reporta no haber iniciado estos estudios debido a sus actividades laborales actuales que le impiden organizar sus horarios académicos y el tiempo en casa. Las relaciones sociales en el contexto escolar fueron adecuadas, aunque AAA no reporta haber tenido relación

cercana con alguno de sus compañeros, recuerda que esta fue cordial tanto con docentes como con compañeros.

**Laboral:** Actualmente AAA tiene dos trabajos, en uno de ellos, labora de lunes a viernes en la noche, (ingresa a las 5:30 p.m. saliendo a las 7:00 a.m.), el otro trabajo era el fin de semana. Debido a la situación presentada con sus hijas la señora AAA dejó su trabajo el día domingo con el fin de compartir este tiempo con su esposo e hijas. Los gastos de la vivienda se distribuyen de común acuerdo entre la señora AAA y su compañero, siendo AAA la responsable de los gastos diarios de la casa y de los gastos de sus hijas para el colegio y cuidado personal. Sus ingresos mensuales les permiten cubrir sus necesidades básicas. Existen condiciones de ahorro, aunque este no se realiza a través de entidades bancarias y se hace para realizar actividades como la celebración de cumpleaños o compra de elementos personales.

**Social:** AAA reporta que su círculo social tiende a ser reducido “yo no tengo amigos, yo siempre he dicho que eso es para problemas, me hablo con algunas personas pero es muy raro que yo hable con alguien por teléfono”. Esta situación no es percibida por AAA como una dificultad, considera estar a gusto con esta situación. Reporta que cuando se presentan dificultades y desea dialogar con alguien, lo hace con su hermana. Al parecer las relaciones de AAA en su trabajo en general no presentan dificultades. AAA no realiza reportes relacionados con pertenecer a algún grupo religioso, (aunque manifiesta que es católica), de su contexto barrial, o el ámbito escolar de sus hijas; AAA fundamenta esto debido a sus actividades laborales actuales; sin embargo, en su historia de vida AAA no realiza reportes de vinculación a grupos sociales.

## **Formulación de hipótesis**

**Factores de predisposición:** Durante las etapas iniciales de su desarrollo, AAA estuvo expuesta a un contexto social propio del conflicto armado colombiano, el cual estaba caracterizado por agresiones hacia la población civil, así como a un contexto familiar enmarcado por estilos de crianza problemáticos, donde la mamá recurría a estrategias aversivas como los golpes y los gritos para corregir el comportamiento indeseado de los hijos (especialmente de su hermana). Estos contextos pudieron predisponer a la consultante a estados emocionales exacerbados de alerta y evitación de conflicto al afrontar situaciones que para ella son amenazantes o conflictivas; además estos contextos dificultaron la adquisición de habilidades como la regulación emocional y conductas asertivas para expresar sus emociones y sentimientos. Diversos estudios han mostrado la relación entre pautas de crianza y comportamientos como la regulación emocional, la agresividad, habilidades sociales, expresión emocional, y diversas entidades diagnósticas, como los realizados por Turcor-Par, Mestre, Samper y Malona (2012), Muris, Meesters, Morren y Moorman (2004), Rodríguez, del Barrio y Carrasco (2009), Cummings, Goeke-Morey, Papp y Dukewich (2002), Mestre, Tur, Samper, Náscher y Cortes (2001), Mestre, Samper y Latorre (2010) y López y Vesga (2009).

**Factores de adquisición:** AAA aprendió por modelamiento del comportamiento de la madre a reaccionar con comportamientos de corrección aversivos hacia sus hijas como el castigo físico (que se presentaron en años anteriores) y agresiones verbales (gritos y amenazas), ante situaciones en las que se requiere la corrección de comportamientos indeseados de sus hijas, o el seguimiento de las instrucciones impartidas por la consultante a estas. En la historia de vida

de AAA se presentó un evento estresante a la edad de 15 años (intento de abuso sexual), donde se presume se condicionó su patrón de respuestas emocionales (patrón caracterizado por ira y labilidad emocional), y que actualmente se manifiestan de forma exacerbada ante situaciones que pueden ser percibidas por ella como amenazantes o conflictivas tales como el no seguimiento de las instrucciones impartidas a las hijas, conflictos con su pareja, comentarios de su esposo sobre la ejecución de su rol materno (especialmente en lo relacionado a pautas de crianza); además, dicho patrón de respuestas, a través del tiempo, pudo ser moldeado dadas las reacciones de su contexto.

**Factores de mantenimiento:** Las respuestas de agresividad y labilidad emocional de la consultante, se instauraron como respuesta a los contextos adversos en los que se vio involucrada durante su historia de vida; estos contextos permitieron que la consultante desarrollara habilidades para afrontar situaciones aversivas, así como para identificar su respuesta emocional; sin embargo, redujeron la posibilidad que adquiriera habilidades para regular dicha respuesta emocional, para expresar adecuadamente sus pensamientos y sentimientos sin recurrir al uso de estrategias aversivas. Actualmente estos repertorios de conducta, son reforzados positivamente dadas las reacciones de sus hijas y de terceros quienes atienden sus solicitudes e instrucciones al evidenciar su comportamiento; además se pueden mantener por reforzamiento negativo ya que ella expresa sus pensamientos y sentimientos a través de este repertorio comportamental.

**Factores Protectores:** El contexto familiar en el que actualmente se encuentra la consultante se constituye en un factor que es favorable para su cambio conductual, teniendo en cuenta que las relaciones familiares tienden a ser cercanas y existe una valoración adecuada entre



madre e hijas y de ellas hacia el padrastro a pesar de la corrección inadecuada de comportamientos que se presentó; en las diligencias adelantadas ante la entidad de protección, tanto mamá como padrastro estuvieron atentos a las citaciones realizadas y a las visitas de los mismos a las menores de edad en la institución de protección.

AAA muestra habilidades de adaptación a diferentes contextos, lo cual se evidencia en que AAA ha vivenciado diversos eventos estresores que han generado cambios en su estilo de vida, a los cuales se ha adaptado sin generar mayores consecuencias emocionales para ella. Se encuentra que la consultante es recursiva y que ha buscado estrategias para poder afrontar las situaciones que se han presentado en su historia de vida; es así que cuando perdió a su hija, fue proactiva (presentó denuncia ante la autoridad competente, asistió a las citaciones realizadas, estableció interacción con terceros a fin de obtener información), hasta lograr la consecución de la custodia; pese a los eventos de violencia de pareja de los que era víctima, su comportamiento (e.g. evitar el conflicto), fue adaptativo para poder sobrevivir a tales situaciones hasta lograr romper con el ciclo; además, frente a la situación motivo de remisión, la consultante reporta estar dispuesta, en caso de ser necesario o si la autoridad lo solicita, a terminar su relación de pareja con el fin de no perder a sus hijas.

En las entrevistas realizadas a la consultante, se observa motivada en asumir el cuidado de sus hijas, siendo un evento estresante su retiro del medio familiar. AAA expresa constantemente gran afecto hacia sus hijas y hacia su pareja.

Ha mostrado y reporta interés en cambiar su comportamiento, teniendo como claridad la importancia de esto para mejorar la relación con sus hijas, que estas le comenten situaciones difíciles para ellas y el evitar que los hechos que generaron el retiro de las adolescentes del medio

familiar no se vuelva a presentar, identificando que ella es la principal garante de los derechos de sus hijas, por ser su mamá.

**Unidad de análisis:** En el presente estudio se estableció como unidad de análisis: patrón de comportamiento caracterizado por conductas agresivas como gritos, amenazas, activación fisiológica (calor en el rostro, aceleración del ritmo cardiaco y de la respiración, tensión muscular), y labilidad emocional caracterizado por sentimientos de tristeza, llanto, aislamiento de su grupo familiar, el cual se presenta cuando las otras personas no responden a sus solicitudes de manera inmediata y acorde a sus expectativas

**Hipótesis explicativa:** Durante su desarrollo AAA estuvo expuesta a un contexto social de conflicto armado colombiano que generaba un estado de alerta y miedo por las situaciones de peligro y a un contexto familiar donde las pautas de crianza se caracterizaban por el uso de estrategias aversivas para corregir el comportamiento indeseado de los hijos, generando así que AAA aprendiera por modelamiento y contacto con contingencias directas, estrategias de corrección aversivas para controlar el comportamiento de sus hijas y obtener ganancias de otros; en ese contexto de conflicto armado se presentó un evento estresante donde AAA fue víctima de un intento de abuso sexual por un actor de este conflicto, que a la vez generó su desplazamiento hacia otros lugares del país y en el cual se presume se condicionó su patrón de respuestas emocionales caracterizado por ira y labilidad emocional el cual se presenta de forma exacerbada en la actualidad ante situaciones que son percibidas por ella como amenazantes o conflictivas y que se mantienen igualmente por reforzamiento positivo dada la obtención de ganancias como la atención y el seguimiento de sus instrucciones. Los contextos a los que se vio expuesta la

consultante representaron un factor de vulnerabilidad frente a su primera relación de pareja, la cual se caracterizaba por eventos de maltrato hacia ella y donde AAA aprendió a recurrir a comportamientos agresivos para sobrevivir, exacerbándose aun mas su respuesta emocional ante situaciones consideradas como peligrosas para ella o que representan conflicto, las cuales se mantienen actualmente por reforzamiento positivo. Así, los diferentes eventos estresores a los que estuvo expuesta AAA no le permitieron el desarrollo de habilidades de regulación emocional y comportamientos asertivos, que afectan actualmente sus relaciones familiares y se convierten en un factor propicio para eventos de violencia intrafamiliar.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el efecto de un programa de intervención conductual compuesto por respiración profunda, entrenamiento en asertividad y programación de actividades placenteras en la respuesta emocional y de agresividad de una mujer involucrada en una situación de violencia intrafamiliar?

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Establecer el efecto de un programa de intervención conductual en la respuesta emocional y disminución de comportamientos agresivos de una mujer involucrada en un caso de violencia intrafamiliar.

#### **Objetivos Específicos**

1. Establecer el patrón de respuesta emocional de la consultante antes, durante y después de la intervención.
2. Determinar la relación funcional de la respuesta emocional de la consultante.
3. Instaurar respuestas alternativas a la conducta emocional y agresiva de la consultante.

## **Método**

### **Diseño**

Para Fernández-Ballesteros (1994) el carácter básico de los diseños de caso único (también conocidos como diseños de replicación intrasujeto), consiste en tomar una serie repetida de medidas, tanto bajo la condición de no tratamiento como bajo la condición de tratamiento (administración del programa). Estos períodos de registro (los cuales poseen un carácter eminentemente temporal), varían en longitud y condiciones de tratamiento, cada uno de los diferentes períodos de observación recibe el nombre de fase. Inicialmente se realiza una observación de determinada variable y se realizan registros de esta (sin que exista un tratamiento aún), esta fase es conocida como línea de Base o fase A; posteriormente, se aplica un tratamiento o intervención en donde se siguen tomando los registros de la variable; esta fase suele ser conocida como fase experimental o de tratamiento (Fase B).

Para Kazdin (2001), las características ambientales y no controladas han hecho del estudio de caso una fuente única de información que complementa y contribuye a la teoría, investigación y práctica; primero porque el estudio de caso ha servido de fuente de ideas e hipótesis acerca del comportamiento y desarrollo humano, segundo, han sido con frecuencia el origen del desarrollo

de las técnicas terapéuticas, tercero, los estudios de caso permiten el estudio de los fenómenos extraños, cuarto, es útil para proporcionar una contra-evidencia de las nociones que se consideran universalmente aplicables y por último los estudios de caso tienen valor persuasivo y motivacional, pues proporcionan una base débil para obtener inferencias.

Sin embargo tanto para Kazdin (2001) como para Kosby (2009), este tipo de diseño presenta algunas limitaciones, por ejemplo, una limitación importante es que usualmente están disponibles muchas explicaciones alternativas para justificar el estado actual del individuo; segundo, los reportes del caso confían mucho en la información anecdótica en la que juega un papel importante el juicio y la interpretación clínica; tercero, una gran preocupación acerca de la información derivada de un estudio de caso es la generalización a otros individuos o situaciones.

El presente estudio se realizó a través de un diseño AB; el cual permite el análisis del comportamiento de la consultante a través de una postura idiográfica; la fase A, hace referencia a la línea de base donde se registran las conductas de la consultante y se observa su tendencia; la fase B hace referencia a la implementación del plan de intervención diseñado a partir de la formulación realizada con la información recolectada y se observa el efecto en las conductas seleccionadas; por último se realizó una fase de seguimiento, la cual se llevó a cabo con el fin de observar y registrar los comportamientos de la consultante y determinar si los cambios logrados durante la fase de intervención se mantienen bajo el control del ambiente en el que se desenvuelve la consultante.

### **Participante**

Este estudio se realizó con una mujer de 38 años proveniente de un departamento del oriente colombiano, quien se encuentra en unión libre desde hace seis años aproximadamente y tiene dos

hijas producto de su primera relación de convivencia; cuenta con educación básica secundaria completa. La participante fue remitida por una autoridad ante un evento de violencia intrafamiliar, donde su compañero afectivo agredió físicamente a sus hijas.

## **Variables**

**Variable dependiente:** Hace referencia a las respuestas emocional de la consultante, medida en dos dimensiones:

a). Conducta agresiva: Patrón de comportamiento caracterizado por ira; activación fisiológica (incremento en frecuencia cardíaca y en la respiración, calor en el rostro y tensión muscular), así como la frecuencia del uso de gritos (levantar la voz) o quedarse callada cuando se requería realizar solicitudes a sus hijas y/o pareja. Estas se midieron a través del Inventario de expresión de Ira estado-Rasgo STAXI-2, Inventario de Asertividad de Rathus y auto-registros donde la consultante registraba la intensidad de la ira y de la activación fisiológica.

b). Labilidad emocional: Patrón de comportamiento caracterizado por tristeza y síntomas depresivos, los cuales se midieron a través del Inventario de Depresión de Beck y auto-registros donde la consultante registraba la intensidad de su tristeza.

**Variable independiente:** En el presente estudio, la variable independiente es el programa de intervención conductual compuesto por entrenamiento en respiración, en asertividad y programación de actividades placenteras, el cual surgió de la formulación clínica planteada para el caso específico de la consultante. A fin de lograr un mayor entendimiento del programa planteado, a continuación se describen brevemente las estrategias terapéuticas de las cuales estuvo compuesto:

***Respiración diafragmática.*** Para Labrador y Cruzado (1993), resulta fácil aprender a controlar la respiración y puede producir resultados tras periodos breves de uso, por lo cual es una técnica adecuada para la mayoría de las personas, siendo útil cuando se dispone de cortos intervalos para retomar el control de la activación; en este estudio, se utilizó el procedimiento básico planteado por ellos, con el objetivo de reducir la intensidad de la ira y la activación fisiológica de la consultante. Hirai (1975) y Everly (1989) señalan que el movimiento del diafragma produce que se estimule el nervio vago provocando activación parasimpática (Labrador y Cruzado, 1993).

***Entrenamiento en asertividad.*** En esta investigación se utilizó el procedimiento en entrenamiento para habilidades sociales propuesto por Caballo (2005); es un procedimiento que consta de instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación/reforzamiento y las tareas para casa; estos tienen como finalidad que la consultante comprenda que el comportamiento asertivo es generalmente mas adecuado y reforzante que los estilos agresivo y no asertivo, ayudándole a expresarse libremente.

***Programación de actividades placenteras.*** Esta técnica consiste en planificar actividades gratificantes para el sujeto, cuyo objetivo es proporcionar al paciente una sensación de eficacia y control (Caballo, 1998). En esta investigación esta técnica de intervención estuvo dirigida a incrementar espacios de interacciones adecuadas de la consultante con sus hijas, que le generan satisfacción y que le permitieran poner en práctica lo aprendido.

## **Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en esta investigación se describen a continuación.

**Entrevista.** La entrevista clínica es el mejor método para obtener información sobre el problema del paciente; es el aspecto más importante del procedimiento clínico total, en el cual se obtiene la información más relevante y se toman decisiones que implican cambios para el paciente (Reynoso y Seligson, 2005). Para Fernández-Ballesteros (1994), el objetivo de la entrevista conductual es recoger información del cliente o de terceras personas que sea relevante para elaborar un análisis funcional de las conductas- problema que presenta. En el presente caso se llevaron a cabo entrevistas de tipo semi-estructurada con la consultante y con sus dos hijas encaminadas a profundizar en el motivo de consulta, así como en los avances del proceso terapéutico.

**Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo Staxy-2.** Se utilizó la adaptación española del State-Trait Anger Expression Inventory-II, STAXI-2 (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2009). La experiencia de la ira, como se mide en el STAXI-2- implica dos componentes que se describen a continuación:

***El Estado de Ira.*** “Se define como una situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado hasta una intensa furia o rabia. La ira, en cuanto estado emocional psicobiológico, va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. A lo largo del tiempo, la intensidad del estado de ira, varía en función de la injusticia percibida, de los ataques o trato injusto por parte de los demás o de la frustración derivada de los obstáculos a la conducta pretendida” (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2009).



**El Rasgo de Ira.** “Se caracteriza por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira. Los sujetos con altas puntuaciones en rasgo de ira experimentan estados de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con un rasgo de ira mas bajo” (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2009). La Tabla 4 muestra las escalas y subescalas del STAXI-2

Tabla 2. Escalas y subescalas STAXI-2

Escala/Subescala	Numero de ítems	Rango	Descripción
<b>Estado de Ira</b> ( <i>E</i> )	15	15-60	Mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado.
Sentimiento ( <i>Sent.</i> )	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento.
Expresión Verbal ( <i>Exp. V</i> )	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira.
Expresión Física ( <i>Exp. F</i> )	5	5-20	Mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira.
<b>Rasgo de Ira</b> ( <i>R</i> )	10	10-40	Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo.
Temperamento de Ira ( <i>Temp.</i> )	5	5-20	Mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica.
Reacción de Ira ( <i>Reacc.</i> )	5	5-20	Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.
<b>Expresión Externa de Ira</b> ( <i>E. Ext.</i> )	6	6-24	Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas.
<b>Expresión Interna de Ira</b> ( <i>E.Int.</i> )	6	6-24	Mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados (suprimidos)
<b>Control Externo de Ira</b> ( <i>C.Ext.</i> )	6	6-24	Mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.
<b>Control Interno de Ira</b> ( <i>C. Int.</i> )	6	6-24	Mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.
Índice de Expresión de Ira ( <i>IEI</i> )	24	0-72	Es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas E. Ext., E. Int., C. Ext., y C. Int.
<i>Fuente: Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2009</i>			

En la expresión y control de la ira (como se conceptualiza en el STAXI-2-) se dan cuatro componentes principales (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2009): a). Expresión Externa de la Ira: Implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno; b). Expresión Interna de la Ira; C). Control Externo de la Ira; d). Control Interno de la Ira.

**Inventario de Asertividad de Rathus (RAS, “Rathus Assertiveness Schedule”, Rathus, 1973).** El RAS fue la primera escala para medir la habilidad social (Caballo, 2005) y tiene como objetivo evaluar conductas relacionadas con la expresión de opiniones, peticiones o negación ante determinadas situaciones sociales (Londoño y Valencia, 2008). La prueba consta de 30 ítems, en los que se describen dichas situaciones con opciones de respuesta que van desde muy característico en mí hasta muy opuesto en mí (Rathus, 1973; citado por Londoño y Valencia, 2008), sin incluir el cero (-3 hasta +3). Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja habilidad social. Para caballo(2005), algunos autores como Heimberg y Harrison (1980) señalan que esta escala (mas que las demás) tiende a confundir la aserción y la agresión. Sin embargo, para este instrumento, en general se ha encontrado buena fiabilidad test-retest (de 0.76 a 0.80) y una alta consistencia interna de .73 a .86 (Caballo, 2005; González, Echeburúa, González-Pinto, 2003); Londoño y Valencia, 2008, reportan que esta consistencia interna se presentan en distintas poblaciones latinas entre ellas, colombianos.

Por otro lado, Caballo (2005) menciona sobre esta escala que las correlaciones con otros inventarios de habilidad social como la CSES, el Gambrill y el ASES han sido altos (Galassi, Galassi y Vedder, 1981; Henderson y Furnham, 1983). Además, Caballo, (2005) refiere la correspondencia entre puntuaciones del Rathus y la actuación conductual obtenida en estudios

como los de Burkhart y cols., (1979); Caballo, (1993); Futch y Lisman, (1977); Greeny cols., (1979); Heimberg y cols., (1979).

Probablemente sea la escala de habilidad social que mas se ha utilizado; además, a partir de esta escala se han construido otras versiones como RAS-M para una población adolescente y la SRAS para personas con un nivel de lectura bajo.

**Inventario de Depresión de Beck –BDI- (Beck Depression Inventory).** Desarrollado por Beck y cols. en 1961; fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la intensidad sintomática de la depresión. Sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada; esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y cols. (1975). Así, este cuestionario autoaplicado de 21 ítems, evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos como tristeza, pesimismo/desaliento, falta de sentido, descontento, culpabilidad, expectativa de castigo, aversión de si mismo, auto-acusación, ideas suicidas. Lloriqueo, irritabilidad, alejamiento social, indecisión, sentimiento de fealdad, inhibición en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

En cada uno de los ítems el consultante debe elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, que mejor se acerca su estado durante la última semana; cada ítem se califica de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida; la puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63 (Sanz y Vásquez, 1998). Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la gravedad o intensidad son: No depresión: De 0 a 9 puntos; depresión leve: de 10 a 16 puntos; depresión moderada: de 17 a 29 puntos; Depresión grave: de 30 a 63 puntos (Chacón, Rivas, Muñoz, Miranda, 2007).

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz y Vásquez, 1998). Además, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vásquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993; citados por Sanz y Vásquez, 1998).

De acuerdo a sus índices psicométricos el BDI posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76- 0,95); la fiabilidad test oscila alrededor de  $r= 0,8$ ; en cuanto a la validez la escala muestra una correlación variable con otras escalas; su sensibilidad es del 100% y su especificidad del 99% (Narváez, Muñoz, Rivas y Miranda, 2007).

**Técnicas de Autoobservación-Registros.** La observación de la propia conducta no es un método nuevo en psicología y consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión a través de algún procedimiento establecido previamente (Labrador y Cruzado, 1993). La autoobservación es el procedimiento de observar y registrar ciertos aspectos del propio comportamiento; el registro consiste en anotar la ocurrencia de determinada conducta dentro unas condiciones definidas (periodo de tiempo, contexto, estado personal, etc.) (Fernández-Ballesteros, 1993). En contextos clínicos la autoobservación se ha convertido en un procedimiento muy utilizado, lo cual se debe varias razones: a). Enfatiza de forma implícita el control del individuo sobre la propia conducta: b). Facilita que el paciente tenga un feedback continuo de los cambios de su conducta.; c). Es un procedimiento que el paciente puede llevar consigo a todos los sitios y tiene una buena relación ganancia-costos; d). Al ser un procedimiento transportable, puede suministrar una completa y

minuciosa información a cerca de la conducta problema en condiciones que resultaría difícil o muy costoso obtenerla de otra manera; e). En la autoobservación se elimina el sesgo asociado a la presencia de un observador externo; f) La autoobservación permite acceder a datos o información que de otra manera serían inaccesibles (Labrador y Cruzado, 1993). En el presente estudio, los auto-registros estuvieron dirigidos a evaluar la intensidad de la ira, la tristeza y de la activación fisiológica, así como a identificar presencia de gritos, llanto y conductas asertivas; además estos contribuyeron al análisis funcional de la conducta de la consultante.

### **Procedimiento**

Esta investigación, se elaboró teniendo en cuenta la Ley 1090 (por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones). En cuanto a los principios, se destacan: Responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, confidencialidad, bienestar del usuario y evaluación de técnicas. Además, en las actividades llevadas a cabo durante este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los deberes y obligaciones del psicólogo contemplados en el artículo 9 de la Ley 1090: a) Guardar completa reserva sobre la persona, situación o institución donde intervenga, los motivos de consulta y la identidad de los consultantes, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales. b) Responsabilizarse de la información que el personal auxiliar pueda revelar sin previa autorización. c) Llevar registro en las historias clínicas y demás acervos documentales de los casos que le son consultados. d) Mantener en sitio cerrado y con la debida custodia las historias clínicas y demás documentos confidenciales. e) Llevar registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos que implemente en ejercicio de su profesión. f) Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus

tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional. g) Cumplir las normas vigentes relacionadas con la prestación de servicios en las áreas de la salud, el trabajo, la educación, la justicia y demás campos de acción del psicólogo. h) Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos. Por otra parte, la investigación se apoyó en el artículo 33 de la Ley 1090 sobre los deberes como psicólogo frente a los usuarios, que reza: El psicólogo presta sus servicios al ser humano y a la sociedad. Por tanto, aplicará su profesión a la persona o población que lo necesite sin más limitaciones que las expresamente señaladas por la ley, rehusando la prestación de sus servicios para actos contrarios a la moral y la honestidad profesional. Se solicitó el consentimiento informado a la consultante (ver formato en Apéndice C), con el fin de utilizar este caso como trabajo de grado en la especialización.

De acuerdo con el diseño propuesto, en primer lugar se realizó la evaluación, la cual tuvo una duración de ocho sesiones, donde se diligenciaron los autoregistros así como la aplicación de las pruebas psicológicas, las cuales se aplicaron con el fin de determinar la presencia o ausencia de habilidades; posteriormente se realizó la fase de intervención, con una duración de 10 sesiones (donde se continuó con el diligenciamiento de los autoregistros); para finalizar se ejecutó la fase de seguimiento, donde se realizaron tres sesiones, la primera se llevó cabo una vez finalizado el programa de intervención, la segunda se realizó a los 15 días de haber terminado la intervención y la otra al mes (en esta fase se continuó con el diligenciamiento de autoregistros y se realizó la aplicación de las pruebas psicológicas).

A continuación se describe el procedimiento llevado a cabo.

Tabla 3. Fase A. Evaluación

SESION	OBJETIVO	DESCRIPCION
1	Conocer y profundizar el motivo de consulta de la señora AAA	Entrevista inicial para indagar motivo de consulta y algunos aspectos de la relación familiar. Buscar factores de motivación en la consultante que faciliten la asistencia a psicología. Explicación y entrega a la consultante del registro diario de comportamiento explicándosele la importancia de este.
2	Profundizar sobre el motivo de consulta y las relaciones familiares. Diligenciar Cuestionario de Datos Personales (CDP)	Psicoeducación frente al diligenciamiento de registro, atendiendo que se observaron dificultades. Diligenciamiento del cuestionario de datos personales .
3	Diligenciar el registro diario de comportamiento. Profundizar en el motivo de consulta e historia de vida de la consultante. Continuar con el diligenciamiento del CDP.	Revisión del registro diario de comportamiento. Continuidad del diligenciamiento del CDP.
4	Revisar el registro diario de comportamientos. Terminación del cuestionario de datos personales.	Revisión del registro diario de comportamiento. Continuidad al diligenciamiento del CDP y ampliación de la historia de vida.
5	Revisar el registro diario de comportamientos. Realizar entrevista con las hijas de la consultante a fin de profundizar en los hechos que generaron la remisión a psicología y en la relación familiar.	Revisión del registro diario de comportamiento Entrevistar a la consultante y sus hijas con el fin de profundizar sobre las relaciones familiares.
6	Revisar el registro diario de comportamientos. Aplicar del Inventario de Depresión de Beck, con el fin de evaluar posibles síntomas depresivos en la consultante.	Revisión del registro diario de comportamiento Aplicación del Inventario de Depresión de Beck a la consultante.
7	Revisar el registro diario de comportamientos. Aplicar el Test de Asertividad de Rathus, con el fin de evaluar posibles comportamientos de inasertividad.	Revisión del registro diario de comportamiento Aplicación del Test de Asertividad de Rathus, donde AAA se mostró responsiva y colaboradora. Al finalizar la aplicación del instrumento, se profundizó en el resultado de algunos ítems relacionados con la expresión de pensamientos y sentimientos.
8	Revisar el registro diario de comportamientos. Aplicación del Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo Staxy-2, con el fin de evaluar su expresión de la ira.	Revisión del registro diario de comportamiento. Aplicación del Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo Staxy-2, donde AAA se mostró responsiva y colaboradora. A través de entrevista se amplió la información sobre los comportamientos de agresividad.

Tabla 4. Fase B. Intervención

SESION	OBJETIVO	DESCRIPCION
9	Que la consultante logre comprender sus problemáticas actuales y el plan de intervención a seguir.	Explicación de la formulación clínica a la consultante, así como los objetivos de intervención propuestos, se realizó énfasis en que la consultante comprendiera su problemática, la adquisición y el mantenimiento de esta.
10	Lograr que la paciente aprenda la técnica de la respiración diafragmática y la practique en su cotidianidad.	Revisión del registro diario de comportamiento. Explicación a la consultante de la técnica de respiración profunda, resaltando los beneficios de la práctica de esta y la importancia de lograr dominarla.
11	Revisar la práctica de la respiración abdominal, a fin que se verifique su correcta ejecución. Realizar explicación sobre el concepto de asertividad, a fin que la consultante comprenda la importancia en su proceso. Realizar entrenamiento en comportamientos asertivos a través del modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación, en situaciones de la vida cotidiana de la consultante.	Revisión del registro diario de comportamiento Explicación a través de la formulación de su caso sobre el concepto de asertividad, su importancia en las habilidades sociales del ser humano; se enfatizó en la importancia del lenguaje no verbal en la asertividad; se realizó énfasis sobre la diferencia entre conducta agresiva, no asertiva y asertiva a través de ejemplos ajenos a la consultante y con situaciones de la vida cotidiana de la misma. Selección de las situaciones donde la consultante realizará la práctica de conductas asertivas, realizando juego de roles.
12	Revisar la práctica de la respiración abdominal, y la ejecución de comportamientos asertivos. Continuar con el entrenamiento en comportamientos asertivos a través del modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación, en situaciones de la vida cotidiana de la consultante.	Revisión del registro diario de comportamiento. Entrenamiento en asertividad en nuevas situaciones; en esta sesión, se seleccionaron situaciones de solicitudes hacia sus hijas relacionadas con el contexto escolar (hora de salida y llegada a la vivienda, realización de actividades escolares)
13	Revisar la práctica de la respiración abdominal, y la ejecución de comportamientos asertivos. Continuar con el entrenamiento en comportamientos asertivos a	Revisión del registro diario de comportamiento. Entrenamiento en asertividad en nuevas situaciones; en esta sesión, se seleccionaron situaciones relacionadas con su relación con su pareja (solicitud de no desautorización en la corrección de sus hijas y ayuda en los quehaceres domésticos).



	través del modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación, en situaciones de la vida cotidiana de la consultante.	
14	<p>Revisar la práctica de la respiración abdominal, y la ejecución de comportamientos asertivos.</p> <p>Continuar con el entrenamiento en comportamientos asertivos a través del modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación, en situaciones de la vida cotidiana de la consultante.</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento</p> <p>Entrenamiento en asertividad, en nuevas situaciones; en esta sesión, se seleccionaron situaciones relacionadas con su relación con su pareja (solicitud de no utilizar palabras y actitudes que ofenden a AAA).</p>
15	<p>Revisar la práctica de la respiración abdominal, y la ejecución de comportamientos asertivos.</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento.</p> <p>Revisión de la práctica de la asertividad en el contexto familiar, evidenciándose ejecución de dichos comportamientos, los cuales son evaluados con unidades subjetivas propuestas por la consultante.</p>
16	<p>Revisar la práctica de la respiración abdominal, y la ejecución de comportamientos asertivos.</p> <p>Lograr que AAA identifique la importancia de programar actividades placenteras con sus hijas que fortalezcan la relación y donde ella haga uso de habilidades adquiridas.</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento.</p> <p>Explicación sobre la importancia de programar y ejecutar actividades placenteras con sus hijas. Se programó con la consultante actividades que le permitan interactuar con sus hijas.</p>
17	<p>Revisar la práctica de la respiración abdominal, la ejecución de comportamientos asertivos y las actividades realizadas de acuerdo a la programación realizada en la sesión anterior.</p> <p>Continuar con la programación de actividades con sus hijas</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento.</p> <p>Revisión de las actividades programadas en la sesión anterior, donde se evidencia que estas se realizaron, reportando AAA alta satisfacción en estas actividades. Se programan nuevas actividades.</p>
18	<p>Realizar revisión del registro diario de comportamientos, recordando a la consultante la importancia</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento.</p> <p>En la sesión se indaga sobre los beneficios que ha traído para AAA la intervención, frente a lo cual reporta que su estado de ánimo ha mejorado, identifica que la práctica de la respiración le</p>

	<p>que esto reviste dentro de su proceso.</p> <p>Revisión de las actividades programadas en la sesión anterior, donde se evidencia que estas se realizaron, asertivos hacia sus hijas a fin que se fortalezca la adquisición de sus habilidades</p>	<p>permite autocontrolarse cuando se presentan situaciones que le generan ira; AAA reporta que este ejercicio lo ha realizado en su trabajo en situaciones relacionadas con su compañera de trabajo, y frente a demandas o negativas del señor que ella cuida, con resultados favorables para ella.</p> <p>Se informa a AAA sobre la posibilidad que debido a los nuevos comportamientos que ha asumido en su hogar, se pueden presentar algunos conflictos con su esposo y con sus hijas, los cuales no siempre atenderán sus solicitudes o responderán de forma adecuada ante estas.</p>
--	---	--

Tabla 5. Fase de Seguimiento

SESION	OBJETIVO	DESCRIPCION
19	<p>Aplicar a la consultante los instrumentos de evaluación: Test de Evaluación de Rathus, Inventario de Depresión de Beck, STAXI II.</p> <p>Realizar entrevista a las hijas de la consultante, a fin de verificar posibles cambios comportamentales en AAA.</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento</p> <p>Aplicación de los instrumentos, con el fin de realizar evaluación de la intervención realizada, lo cual se realiza.</p> <p>Para finalizar se recordó a AAA que se realizarán dos sesiones más de seguimiento a fin verificar los resultados de la intervención.</p>
20	<p>Aplicar a la consultante los instrumentos de evaluación: Test de Evaluación de Rathus, Inventario de Depresión de Beck, STAXI II, a fin de realizar seguimiento.</p> <p>Realizar entrevista a las hijas de la consultante, a fin de verificar la continuidad de cambios comportamentales en AAA.</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento.</p> <p>Aplicación de los instrumentos, con el fin de verificar la continuidad en los cambios reportados.</p>
21	<p>Aplicar a la consultante los instrumentos de evaluación: Test de Evaluación de Rathus, Inventario de Depresión de Beck, STAXI II, a fin de realizar seguimiento.</p>	<p>Revisión del registro diario de comportamiento.</p> <p>Aplicación de los instrumentos, con el fin de verificar la continuidad en los cambios reportados.</p> <p>Entrevistar a las hijas de la consultante.</p> <p>Tanto a la señora AAA como a sus hijas se les recuerda que es la última cita de seguimiento, resaltando la asistencia de la señora</p>

	Realizar entrevista a las hijas de la consultante, a fin de verificar la continuidad de cambios comportamentales en AAA.	AAA en el proceso y su compromiso frente a las actividades propuestas; de igual forma, se agradece a sus hijas su asistencia.
--	--	---

Por razones éticas, al finalizar la intervención se realizó una sesión con la consultante dirigida a la sensibilización en cuanto a posibles reacciones diferentes de los miembros de su familia frente a su cambio conductual, donde se buscó que la consultante entendiera que el control de su ira y el ejecutar conductas asertivas podría generar reacciones desfavorables en los demás, atendiendo la individualidad de cada miembro de su núcleo familiar. Esta sesión se hizo especialmente importante, atendiendo además que ningún otro miembro de su familia estuvo involucrado durante el proceso, en cuanto a intervención se refiere.

Una vez recolectados los datos de cada una de las fases se procedió al análisis y discusión de los mismos, descritos en los apartados respectivos del presente documento.

## **Resultados**

Para determinar el efecto del programa de intervención diseñado para AAA y responder así a nuestra pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de un programa de intervención conductual compuesto por respiración profunda, entrenamiento en asertividad y programación de actividades placenteras en la respuesta emocional y conducta agresiva de una mujer involucrada en una situación de violencia intrafamiliar?, a continuación se presentan los resultados obtenidos por la consultante en las fases A y B, así como durante la fase de seguimiento.

### **Conducta Agresiva**

Esta conducta se midió a través de la intensidad de la ira, así como de la activación fisiológica; además se tuvo en cuenta la frecuencia de comportamientos de gritos/silencios y el uso de conductas asertivas, al igual que la práctica de la respiración profunda.

En la fase A y en la fase de seguimiento, se aplicaron instrumentos como el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2 y el Test de Asertividad de Rathus, con el fin de identificar el estado inicial de las habilidades de la consultante, así como el estado de estas al finalizar la intervención.

En cuanto a la intensidad de la ira, como se puede observar en la figura 1, durante la fase A se observa que la unidad subjetiva asignada por la consultante en diferentes situaciones es de ocho, la cual tiende a ser estable durante esta fase, posteriormente a partir de la introducción de la intervención, se observa una tendencia al decremento en la unidad subjetiva, con una posterior estabilización en un valor de cuatro; durante el seguimiento, se observa una leve tendencia al aumento con un posterior decremento y una estabilidad en la unidad subjetiva con un valor de cinco. Es importante resaltar que dicho valor se encuentra por debajo del asignado en la fase A, obteniéndose una reducción de las unidades subjetivas de ira de ocho a cinco, meta establecida en el plan de intervención propuesto para la consultante el cual surgió de la formulación clínica.

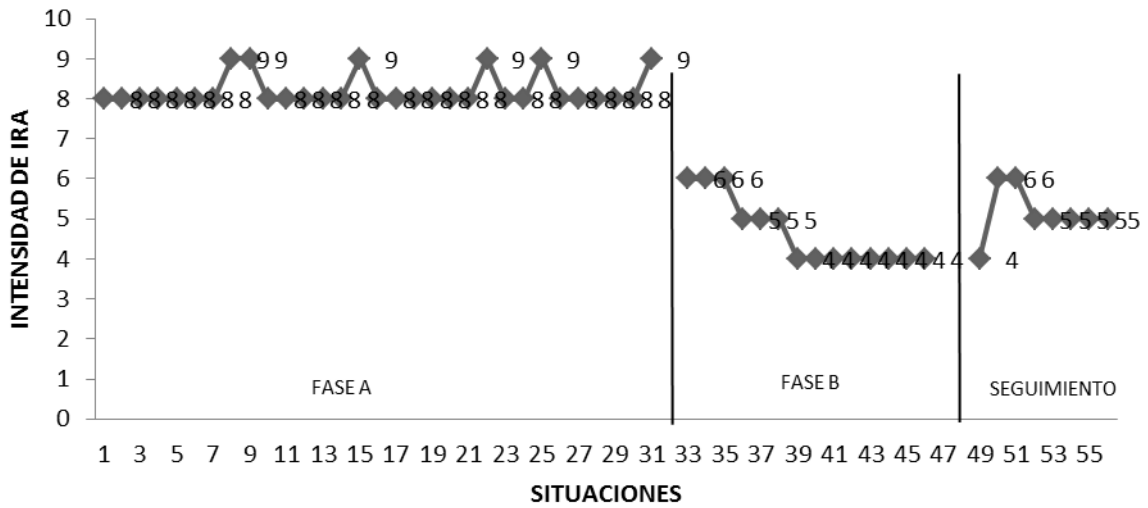


Figura 1. Resultados en las unidades subjetivas de análisis frente a la ira.

Como se observa en las figuras 2,3,4, y 5, se evidencia un cambio en las unidades subjetivas de la respuesta fisiológica asignadas por la consultante en cuanto a la intensidad de sus respuestas fisiológicas (agitación en la respiración, frecuencia cardiaca, calor en el rostro y tensión muscular) al comparar los resultados tanto en la Fase A como en la Fase B y en la fase de seguimiento. En general las gráficas muestran que al introducir la fase de tratamiento se observa un decremento en la intensidad de estas respuestas fisiológicas, con una tendencia a la estabilidad en las unidades subjetivas asignadas; aunque se observa un leve aumento en la tendencia durante la fase de seguimiento, las unidades subjetivas tienden a estabilizarse posteriormente manteniéndose significativamente por debajo del valor asignado en la fase A.

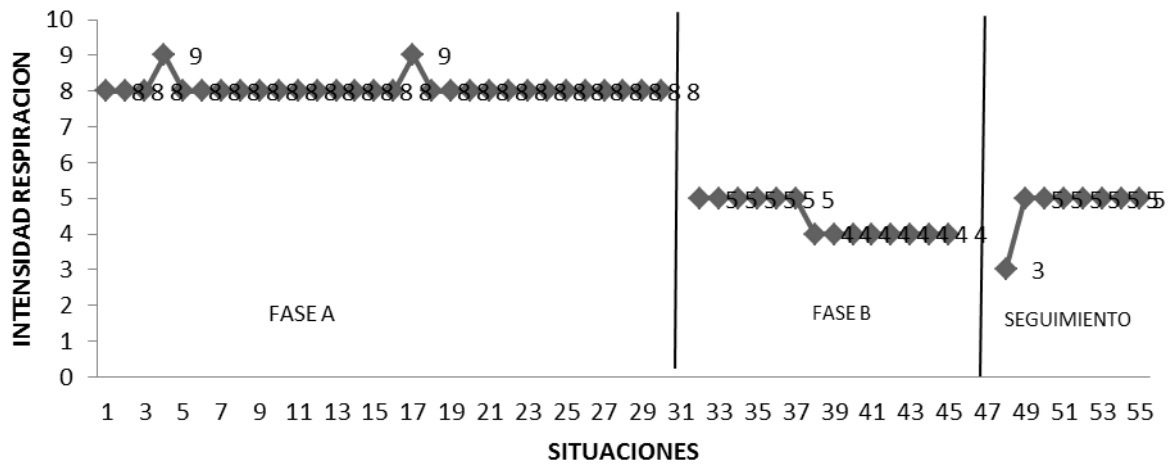


Figura 2. Resultados en las unidades subjetivas de análisis relacionadas con agitación de la respiración.

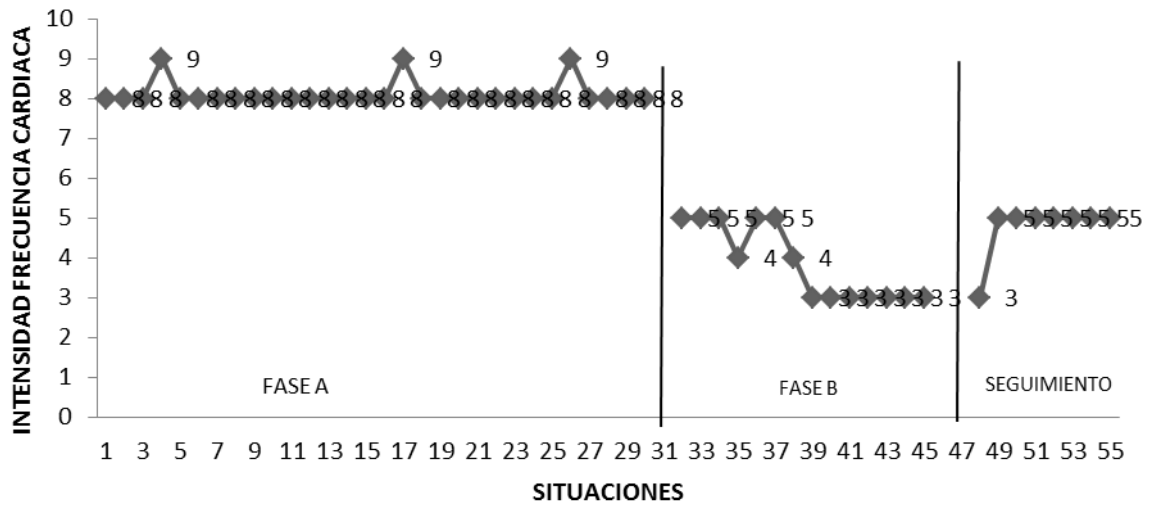


Figura 3. Resultados en las unidades subjetivas de análisis relacionadas con la frecuencia cardíaca.

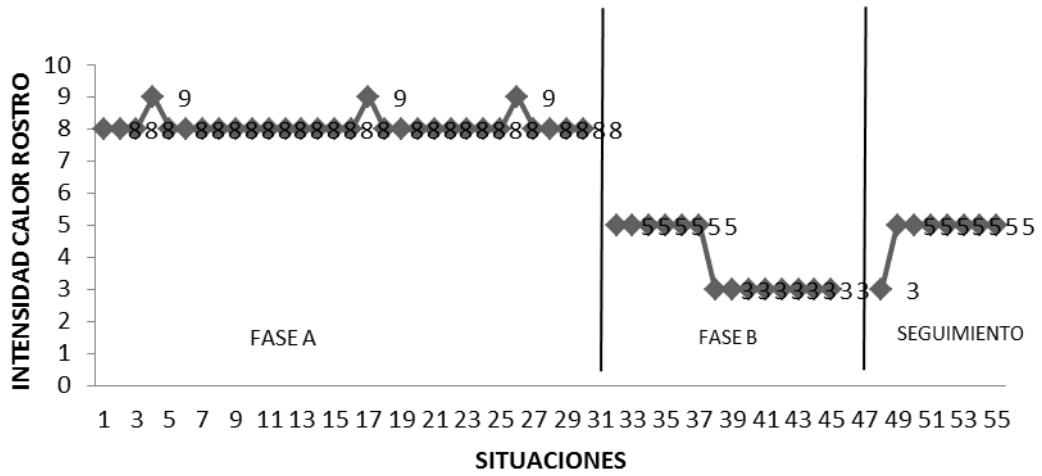


Figura 4. Resultados en las unidades subjetivas de análisis relacionadas con calor en el rostro.

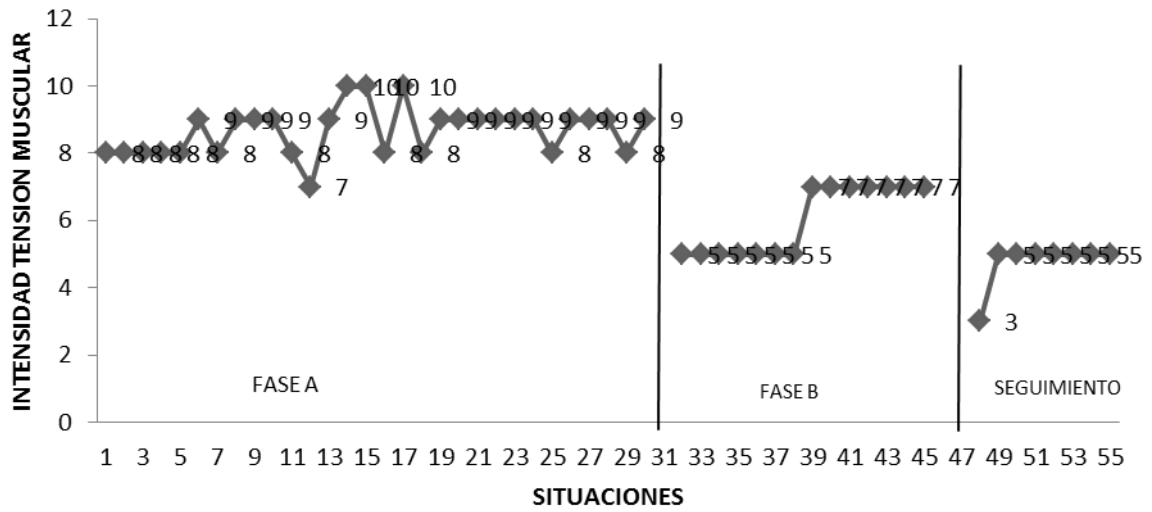
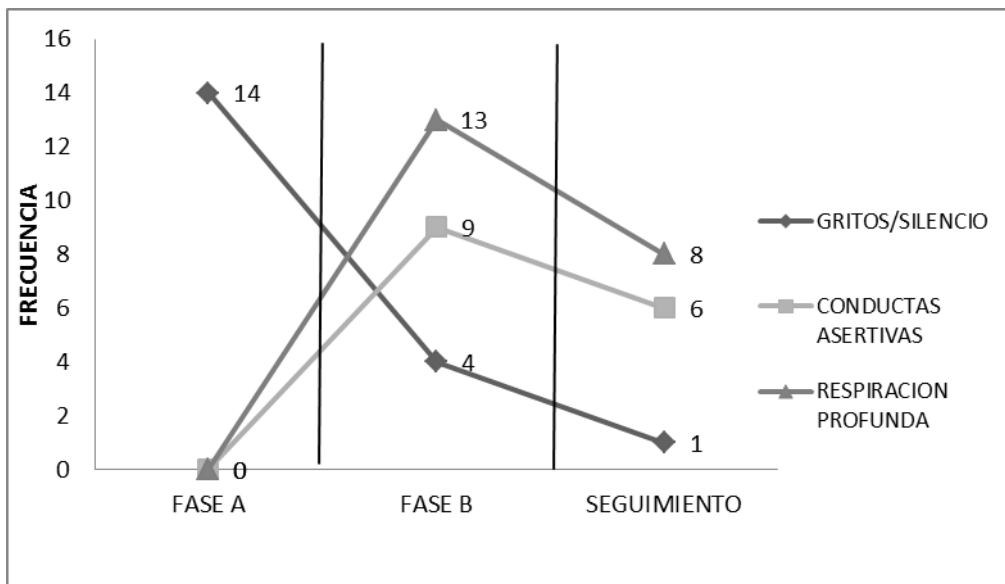


Figura 5. Línea de base de las unidades subjetivas de análisis relacionadas con tensión muscular.

### Práctica de Respiración Profunda y Comportamientos Asertivos

En esta investigación, se hizo importante solicitar a la consultante el registro de la práctica de la respiración profunda y el uso de comportamientos asertivos durante situaciones de la vida diaria; a continuación se presentan dichos resultados, teniendo en cuenta además el uso de comportamientos no asertivos (gritos o guardar silencio) en la expresión de sus sentimientos y pensamientos registrados desde la fase de pre-tratamiento.



*Figura 6.* Frecuencia de la práctica de la respiración profunda y de comportamientos no asertivos y asertivos obtenidos durante el proceso.

Como lo muestra la figura 6 durante la fase A se presentó mayor frecuencia de comportamientos no asertivos, en contraste con la fase de intervención donde se observa un incremento en el uso de comportamientos asertivos los cuales se mantuvieron durante la fase de seguimiento, sugiriendo el desarrollo de habilidades sociales avanzada como la expresión adecuada de sus pensamientos y sentimientos, comunicación asertiva y establecimiento de límites. Con el fin de obtener otra medida que permitiera identificar el nivel de desarrollo de su



competencia social, se realizó la aplicación del Inventario de Asertividad de Rathus y el Inventario de Expresión de la Ira STAXI-2, cuyos resultados se muestran a continuación.

En Cuanto a la aplicación de los Inventarios mencionados anteriormente, se presentan los resultados obtenidos en la Fase A, en la Fase B (donde se realizó aplicación de los instrumentos una vez finalizada la intervención) y durante la fase de seguimiento donde se realizaron dos aplicaciones. La aplicación de estos Inventarios permitieron observar que la consultante no contaba con repertorio de habilidades de expresión adecuada de la ira y de sus emociones y pensamientos, atendiendo que las diferentes situaciones a las que se vio expuesta la consultante y los contextos donde permaneció en sus primeros años de vida no le permitieron el desarrollo de estas habilidades.

Para el Inventario de Expresión de Ira estado-Rasgo STAXI-2, la figura 7 muestra los resultados obtenidos en cuanto al Índice de Expresión de la Ira (índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas Expresión Externa, Expresión Interna, Control Externo y Control Interno), donde se observan cambios significativos entre las aplicaciones de la Fase A y de la Fase B (95 y 20 respectivamente), con una tendencia a la estabilidad en sus puntajes durante las aplicaciones de la fase de seguimiento. Como se muestra en la figura 7 en la Fase A se observan puntuaciones elevadas en algunas escalas, cuyos puntajes se redujeron en la aplicación de la Fase B, tal es el caso de la escala de Expresión Externa de la Ira (que mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas), y de la Escala Expresión Interna de la Ira (que mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados).

Otras escalas obtuvieron en la aplicación de la Fase A puntuaciones bajas en relación a las obtenidas en la aplicación de la Fase B, como lo es el caso de las escalas de Control Interno

(que mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas) y Control Externo de la ira (que mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.)

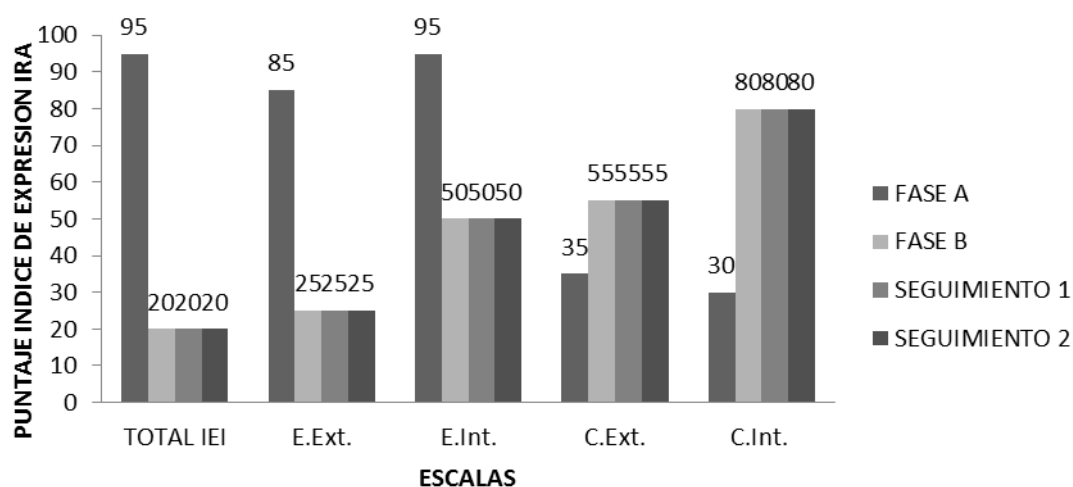


Figura 7. Resultados STAXI-2. Índice de Expresión de la Ira

En cuanto al Rasgo de la Ira (Figura 4), no se observan cambios significativos entre las aplicaciones de la Fase A y de la Fase B de la consultante; sin embargo, se aprecian cambios en los puntajes obtenidos en las fases de seguimiento. La subescala Temperamento de la Ira (que mide la disposición a experimentar ira sin una provocación específica) y la subescala de Reacción de la Ira (que mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas), presentan mayores cambios en sus puntajes (disminución del puntaje obtenido), en las aplicaciones de seguimiento en relación a los puntajes obtenidos en las aplicaciones de las Fases A y B. Estos resultados puede deberse a que como lo describe el STAXI-2, un rasgo es una diferencia individual para responder a

situaciones frustrantes con reacciones de ira, el cual tiende a ser más permanente y en el caso particular de la consultante puede formar parte del temperamento de la consultante dada su historia de vida.

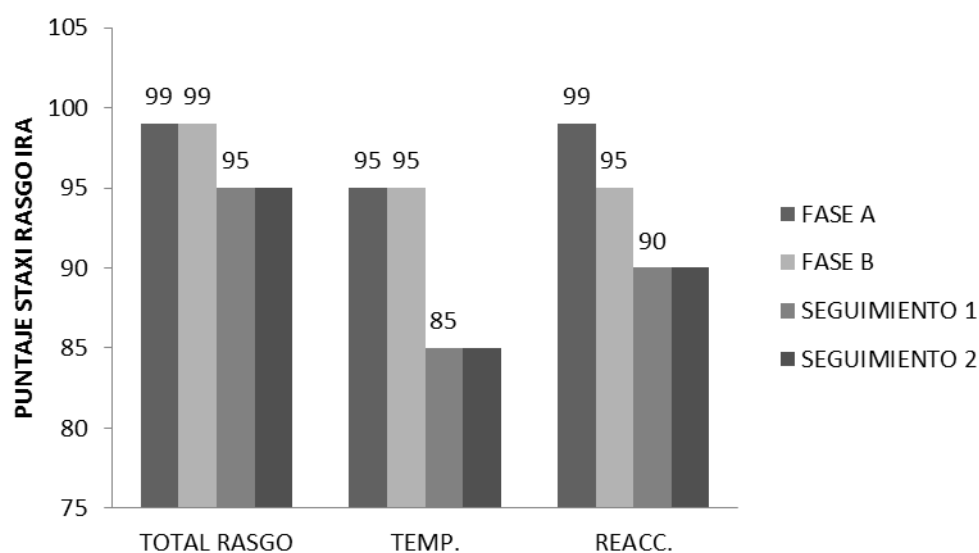


Figura 8. Resultados STAXI-2 Rasgo Ira

Por otra parte, en cuanto al Estado de Ira (figura 9), se observa un cambio significativo en la puntuación de la consultante, entre las aplicaciones de la Fase A y la Fase B, con una tendencia a la estabilidad en los puntajes obtenidos durante las aplicaciones de seguimiento; como lo muestra la figura 9, estos cambios en las puntuaciones se observan en las subescalas de Sentimiento (que mide la intensidad de los sentimientos de ira experimentados por una persona en ese momento), de Expresión física (que mide la intensidad de los sentimientos actuales relacionados con la expresión física de la ira) y Expresión Verbal (que mide la intensidad de los

sentimientos actuales relacionados con la expresión verbal de la ira), lo cual sugiere el efecto de la fase de intervención en cuanto a la intensidad de su ira como lo propone el STAXI-2.

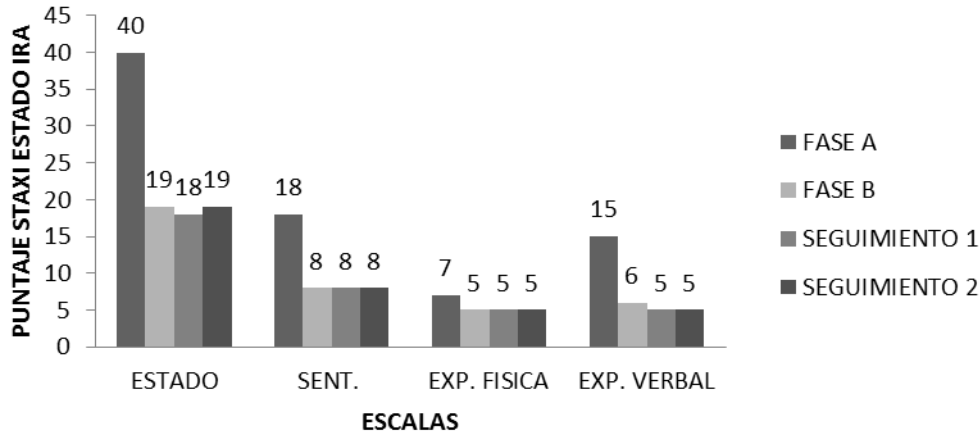


Figura 9. Resultados STAXI-2 Estado Ira

En cuanto al Inventario de Asertividad de Rathus, este permitió medir las habilidades asertivas de la consultante, así como el uso comportamientos asertivos una vez realizado el entrenamiento.

En el Inventario de Asertividad de Rathus es importante tener en cuenta que la presentación de resultados obtenidos por la consultante se hace teniendo en cuenta que los ítem de la prueba están redactados algunos de manera positiva (3, 4, 6, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28 y 29) y otros de manera negativa (1, 2, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30) y que el puntaje obtenido en cada grupo de ítems (positivos y negativos) arrojan resultados sobre las habilidades de asertividad de la consultante. Para su interpretación se utilizó el protocolo

propuesto por Cortés y Parra (s.f.), diseñado en la Fundación Universitaria Konrad Lorenz (Apéndice E).

Así, como se observa en la figura 10, en la aplicación en la Fase A se observa que de acuerdo a la puntuación obtenida en el grupo de ítem positivos (-10), la consultante presenta dificultades en sus habilidades de comunicación y expresión de sentimientos positivos y negativos, lo cual contrasta con el puntaje obtenido en el grupo de afirmaciones negativas (24), el cual indica que la consultante posee grandes dificultades con respecto a la expresión apropiada de sentimientos positivos y negativos y otras habilidades sociales. En la aplicación de la Fase B se observan cambios en las puntuaciones obtenidas en ambos grupos de afirmaciones (negativas y positivas); en cuanto a las afirmaciones positivas se observa un aumento en la puntuación (6) obteniéndose una puntuación de valor positivo, lo cual indica que la consultante posee mayores repertorios de habilidades de comunicación y expresión de sentimientos (en relación a los datos obtenidos en la Fase A) lo que facilitaría su interacción y cuyo resultado contrasta igualmente con la puntuación obtenida en las afirmaciones negativas (11) donde se observa una disminución del puntaje obtenido en el pre-test (24), mostrando igualmente una mejora con respecto a la expresión apropiada de sentimientos positivos y negativos y otras habilidades sociales. Las puntuaciones obtenidas en el post-test presentaron una tendencia a la estabilidad en las aplicaciones realizadas durante el seguimiento, como lo muestra la figura 11.

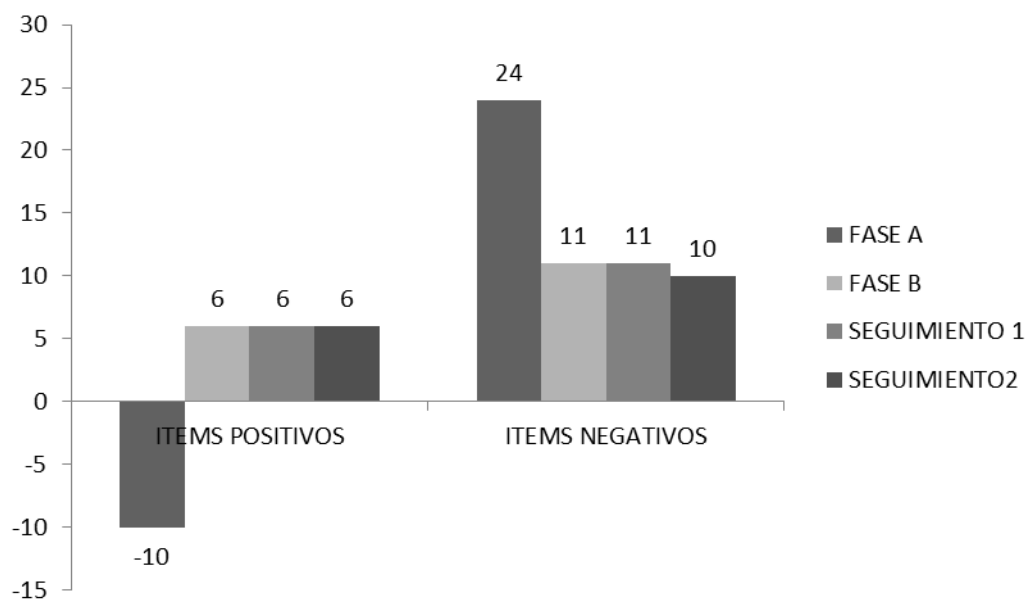


Figura 10. Resultados del puntaje total del Inventario de Asertividad de Rathus.

### Labilidad Emocional

Para la evaluación de esta variable, se tuvo como medida la intensidad de la tristeza, la figura 11 muestra los cambios percibidos por la consultante; en la Fase A se observa una asignación de unidades subjetivas entre ocho y diez, con una posterior estabilización en la unidad subjetiva de ocho; a partir de la introducción de la intervención se observa una tendencia al decremento en la intensidad, con una posterior estabilidad en la unidad subjetiva de cuatro; en la fase de seguimiento, se observa una tendencia a la estabilidad en la intensidad, donde la consultante asigna unidades subjetivas entre cuatro y cinco. Es importante señalar en cuanto a la intensidad de la tristeza que el valor asignado a la intensidad de la tristeza en la fase de seguimiento se encuentra por debajo del valor asignado en la Fase A, lo cual muestra un cambio en la intensidad de la tristeza, el cual se evidencia a partir de la introducción de la intervención.

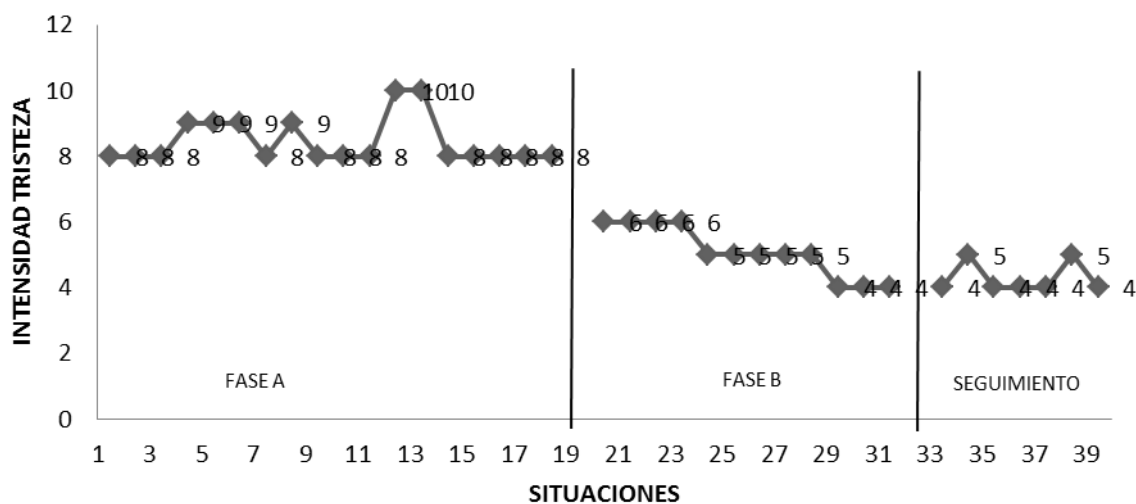
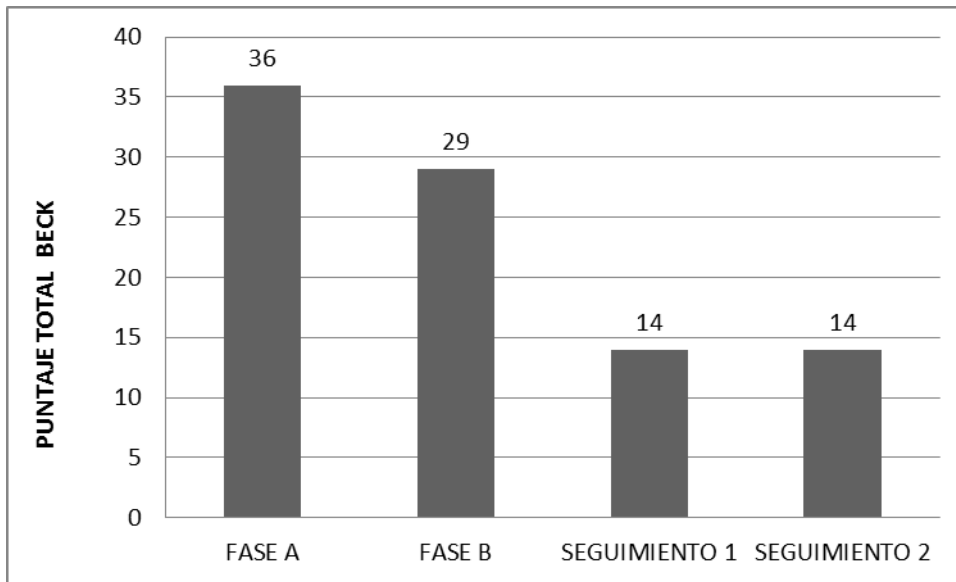


Figura 11. Unidades subjetivas de análisis relacionadas con tristeza.

Además, se aplicó a la consultante el Inventario de Depresión de Beck tanto en la Fase A como en la Fase B, al igual que en la fase de seguimiento.

En cuanto a este inventario, la figura 1 muestra el puntaje total obtenido por la consultante en las diferentes aplicaciones del instrumento, observándose un decremento significativo en el puntaje global de este inventario, es así, que en la primera aplicación (Fase A) obtuvo una puntuación de 36, que indica depresión grave, con posterior decremento en la segunda aplicación (Fase B) a un puntaje de 29 que indica depresión moderada; en la tercera aplicación para el primer seguimiento obtuvo un puntaje de 14, el cual se mantuvo en la siguiente aplicación.



*Figura 12.* Resultados del puntaje total del Inventario de Depresión de Beck.

### **Satisfacción de la Consultante**

En la fase de tratamiento se hizo importante evidenciar el grado de satisfacción de la consultante en cuanto a la ejecución de su conducta, lo cual se observa en la figura 13; no se registran unidades subjetivas en la fase de evaluación, teniendo en cuenta que esta evaluación de la satisfacción de la consultante no se realizó en esta fase, pues surgió como una necesidad de la fase de intervención.



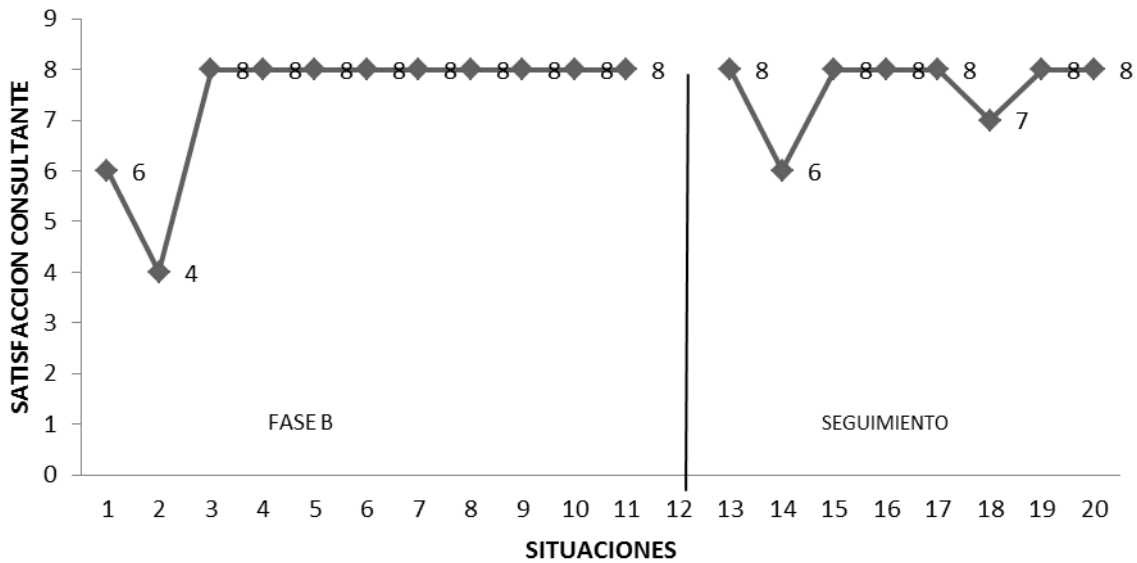


Figura 13. Nivel de satisfacción de la consultante con relación a su conducta durante la fase de intervención y seguimiento.

Así, la figura muestra, cómo al inicio de la fase B se presenta una tendencia al incremento en cuanto a la satisfacción de la consultante respecto a la ejecución de su conducta, la cual tiende a estabilizarse durante el resto de la fase; en la fase de seguimiento, inicialmente se observa un leve decremento de la conducta, el cual tiende a estabilizarse posteriormente. Dicho nivel contrasta con el reporte verbal de la consultante durante las sesiones, con el reporte de otras fuentes frente al cambio conductual de la consultante y con los resultados obtenidos tanto en las pruebas aplicadas como en los autoregistros relacionados con la intensidad de la ira, de la tristeza, de su activación fisiológica y de la práctica de comportamientos asertivos y de respiración profunda frente a situaciones de la vida diaria.

## Discusión

La violencia es una problemática que se presenta a nivel mundial y que ha permeado diferentes contextos como el social y el familiar siendo legitimada en muchos casos contra mujeres y niños (Nogueiras, 2006). Las consecuencias de la violencia han abarcado desde la alteración del proceso de aprendizaje de habilidades como la regulación emocional o de habilidades prosociales (Pichardo, Justicia y Cabezas, 2009; Tur, Mestre y del Barrio, 2004), López y Vesga, 2009), hasta el desarrollo de sintomatología clínica que interfiere con el normal desarrollo de los seres humanos como la depresión o el trastorno de estrés post-traumático, entre otros (Labrador, Fernández y Rincón, 2009; Taylor, Magnusem y Amundson, 2001).

La presente investigación pretendía establecer el efecto de un programa de intervención compuesto por estrategias conductuales (respiración diafragmática, asertividad y programación de actividades placenteras), en las respuestas agresivas y de labilidad emocional en una mujer de 38 años de edad, quien se vio involucrada en un episodio de violencia intrafamiliar. El caso fue remitido por una autoridad de restablecimiento de derechos, buscando fortalecer habilidades en la consultante, al igual que fortalecer la interacción con sus hijas.

De la Fase de evaluación y de la formulación clínica realizada para la consultante, se identifica la conducta agresiva y la labilidad emocional como dos repertorios comportamentales problemáticos que interactúan en las dificultades existentes en el sistema familiar. De los integrantes del núcleo familiar primario, se eligió realizar este estudio con la mamá atendiendo que es la principal garante de los derechos de sus hijas y que frente a la situación particular de violencia intrafamiliar, ella no fue la directa agresora de las menores de edad; se partió de la hipótesis que la forma de relacionarse con sus hijas y sus respuestas emocionales se constituían en aspectos generadores de espacios propicios para estos episodios de violencia; así, esta

situación particular despertó el interés de realizar esta investigación centrándose en otro miembro del núcleo familiar (que no fuera el agresor directo). Además se consideró la necesidad de crear programas de intervención breves y efectivos para este tipo de problemáticas, donde a pesar de no acceder fácilmente al agresor directo se pueden generar otras condiciones favorables y preventivas para la familia.

Para el caso de esta consultante se diseñó una formulación clínica que planteó como hipótesis explicativa que durante su desarrollo, AAA estuvo expuesta a un contexto social de conflicto armado colombiano que generaba un estado de alerta y miedo por las situaciones de peligro y a un contexto familiar donde las pautas de crianza se caracterizaban por el uso de estrategias aversivas para corregir el comportamiento indeseado de los hijos, generando así que AAA aprendiera por modelamiento estrategias de corrección aversivas y obtener ganancias de otros; en ese contexto de conflicto armado se presentó un evento estresante donde AAA fue víctima de un intento de abuso sexual por un actor de este conflicto, que a la vez generó su desplazamiento hacia otros lugares del país y en el cual se presume se condicionó su patrón de respuestas emocionales caracterizado por ira y labilidad emocional, el cual se presenta de forma exacerbada en la actualidad ante situaciones que son percibidas por ella como amenazantes o conflictivas y que se mantienen igualmente por reforzamiento positivo dada la obtención de ganancias como la atención y el seguimiento de sus instrucciones. Los contextos a los que se vio expuesta la consultante representaron un factor de vulnerabilidad frente a su primera relación de pareja, la cual se caracterizaba por eventos de maltrato hacia ella y donde AAA aprendió a recurrir a comportamientos agresivos para sobrevivir, exacerbándose aun más su respuesta emocional ante situaciones consideradas como peligrosas para ella o que representan conflicto, las cuales se mantienen actualmente por reforzamiento positivo. Así, los diferentes eventos

estresores a los que estuvo expuesta AAA no le permitieron el desarrollo de habilidades de regulación emocional y comportamientos asertivos, que afectan actualmente sus relaciones familiares y se convierten en un factor propicio para eventos de violencia intrafamiliar; a la vez para enfrentar los diferentes contextos aversivos la consultante adquirió un patrón de comportamiento no sólo agresivo sino de respuesta emocional que le permitía afrontar diferentes situaciones adversas. A partir de esta hipótesis explicativa se diseñó un programa de intervención que buscó dar respuesta a la problemática específica de la consultante de forma breve pero oportuna y que le permitiera adquirir habilidades para interactuar adecuadamente con sus hijas.

El diseño utilizado fue de tipo AB al que se le adicionó una fase de seguimiento, este permitió dar cuenta de los comportamientos de la consultante ante de iniciar la intervención, así como de los cambios comportamentales surgidos durante la misma, los cuales se mantuvieron durante la fase de seguimiento. Este tipo de diseño en el estudio de la violencia intrafamiliar permite resaltar el carácter idiográfico de cada una de las situaciones, así como de las fortalezas y las necesidades de los consultantes.

El plan de intervención diseñado para el caso de la consultante, planteó el entrenamiento de habilidades de regulación emocional, asertividad y la planeación de actividades placenteras con sus hijas, las cuales estuvieron encaminadas a disminuir la labilidad emocional de la consultante, a la regulación de sus estados de ira, al uso de comportamientos asertivos para dirigirse a sus hijas y esposo; además, la programación de actividades placenteras buscaba generar espacios que le permitieran a la consultante la interacción con sus hijas en otros espacios diferentes al habitacional y en donde pudiese obtener refuerzo positivo frente al cambio conductual; buscaba reducir a la vez la intensidad de sus estados de tristeza, lo cual se vio

reflejado en la disminución de los puntajes en las pruebas aplicadas y en la disminución de las unidades subjetivas asignadas a su tristeza, ira y activación fisiológica. Tales estrategias partieron de la necesidad de generar repertorios comportamentales en la consultante que conllevaran al aprendizaje de una estrategia de regulación emocional, que le permitiera disminuir la intensidad de sus emociones y que junto al entrenamiento en asertividad le permitieran expresar sus emociones y sentimientos, así como realizar solicitudes propias de la vida cotidiana frente a su pareja e hijas, que estaban generando malestar emocional en la consultante. Además estas habilidades permitieron la disminución de conductas agresivas de tipo verbal en el hogar, logrando establecer espacios de diálogo asertivo con sus hijas, que pudieran constituirse en factores protectores al interior del núcleo familiar y a que su vez evitaran que eventos de violencia como el ocurrido con su pareja y sus hijas se volvieran a presentar generando espacios donde ellas le pudiesen comunicar situaciones problemáticas de la vida diaria, lo cual representaba preocupación para la consultante al presentarse el evento de castigo físico por parte de su pareja.

En conclusión, los resultados de esta investigación muestran que el programa de intervención resultó ser útil en la reducción de conductas agresivas y labilidad emocional de la consultante, a la vez que permitió el aprendizaje de habilidades comunicativas y de regulación emocional, habilidades que la consultante no había desarrollado dada su historia de vida y contextos a los que se vio expuesta durante su desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación muestra no sólo la importancia de intervenir otros miembros de la familia, adicional al agresor principal, con el fin de generar cambios en el contexto familiar, sino que además evidencia la importancia de analizar el contexto donde ocurren los episodios de violencia intrafamiliar y cómo el comportamiento de

otros miembros de la familia se constituyen en generadores de violencia. Además, cuando se dirigen intervenciones hacia sujetos involucrados en experiencias de violencia estas se encaminan a reducir el impacto emocional de tales hechos, dejando de lado la generación de nuevos repertorios de comportamiento que le permitan hacer frente de forma más adecuada a las situaciones que se presentan en sus vidas. Esta investigación muestra en sus resultados la importancia no sólo de reducir comportamientos sino también de generar nuevos repertorios comportamentales a partir de la identificación y la generación de habilidades dados los contextos de desarrollo.

Existe una asociación entre los hallazgos en cuanto a tristeza, ira y habilidades prosociales (arrojados en los autoregistros y las pruebas aplicadas a la consultante) y las estrategias de crianza utilizadas en su contexto familiar, en el cual estuvo expuesta a comportamientos aversivos de la madre como estrategia de corrección de conductas indeseadas, tal como lo plantean trabajos como los de Turcor-Par, Mestre, Samper y Malona,2012; Rodríguez, del Barrio y Carrasco,2009; Mestre, Tur, Samper, Násher y Cortes, 2001; Mestre, Samper y Latorre, 2010; Eisenberg, Richard, Fabes, Ivanna, Guthrie y Reiser,2000; Iglesias y Romero, 2009; Palos, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas, 2012; Orue y Calvete, 2012), en los cuales se encontró que los factores punitivos de la crianza como la hostilidad y la permisividad tienen efectos negativos en el desarrollo de los hijos y una relación positiva y significativa con la agresión, por tanto, la agresividad de los padres aporta a la agresividad de los hijos. Se encontró además, una relación entre la emocionalidad negativa de los padres y la inseguridad emocional de los hijos, así como que la crianza está asociada a la inestabilidad emocional y a las conductas agresivas de los hijos.

En el caso específico de la consultante, las habilidades que conformaron el programa de intervención, se constituyeron en necesarias a fin de contrarrestar posibles episodios de maltrato hacia sus hijas por parte de su pareja, así como el uso de pautas de crianza más adecuadas.

Si bien es cierto durante este estudio no se utilizaron entidades diagnósticas atendiendo la importancia del análisis ideográfico, es importante señalar que en algunos estudios se ha observado que la severidad de la expresión de la ira está relacionada con la severidad de la depresión (Painuly, Sharan, Mattoo, 2005); aspectos que fueron igualmente observados en este estudio al realizar la formulación, revisión de resultados de instrumentos y autoregistros utilizados, siendo por tanto importante continuar profundizando en esta relación, que en el caso de la consultante sus estados emocionales se generaron en eventos de violencia presentes en su historia de vida.

Es importante señalar en cuanto al STAXI-2, que a diferencia de las puntuaciones obtenidas en las escalas relacionadas con estado-ira donde se observan diferencias significativas entre las aplicaciones en la Fase A y Fase B, la escala total rasgo-ira no presentó diferencias significativas (en las aplicaciones de seguimiento se presentó un leve descenso en la puntuación obtenida en el pre-test), así como en las subescalas de temperamento y reacción de ira. Esto pudo deberse a que como lo define el STAXI-2, un rasgo es una diferencia individual para responder a situaciones frustrantes con reacciones de ira, el cual tiende a ser más permanente y en el caso particular de la consultante puede formar parte del temperamento de la misma dada su historia de vida y puede requerirse mayor tiempo para evidenciarse un cambio significativo en esta escala; hubiese sido de gran utilidad, utilizar medidas para el rasgo-ira con periodos de seguimiento mas largos a los utilizados en el presente estudio a fin de evidenciar si a medida que la consultante continua utilizando las habilidades entrenadas obtiene una modificación en esta

puntuación, pues si se observan subescalas como expresión externa de la ira y expresión interna de la ira se observan diferencias significativas con una tendencia a reducir la expresión de su ira con tendencias agresivas, además, se presenta aumento en las puntuaciones en las subescalas de control externo y control interno de la ira lo que puede indicar un mayor control de su ira a través de habilidades de regulación emocional que a la vez permiten una expresión adecuada de sus sentimientos y emociones.

Para este estudio hubiese sido adecuado el haber realizado registros de otro tipo de conductas como el llanto, así como la evaluación en otros contextos específicos de la vida de la consultante a fin de establecer generalización de las habilidades adquiridas durante la investigación, lo cual se sugiere tener en cuenta en estudios similares al presente. Sin embargo, cabe señalar aquí, que para el caso de la consultante el diligenciamiento de los autoregistros se convirtió en una habilidad a entrenar, ya que inicialmente se presentaron dificultades en su diligenciamiento, lo cual se convierte en situaciones a tener en cuenta al realizar el abordaje clínico con los consultantes.

Muchos de los casos que se abordan desde la psicología clínica se realizan desde la práctica privada y en contextos jurídicos que no permiten utilizar grandes estrategias de evaluación y extensos protocolos de intervención dado el tiempo destinado para estos procesos y el actuar urgente que se requiere atendiendo la magnitud de hechos relacionados con la violencia familiar; se propone por tanto, que el presente estudio sirva de inspiración a nuevas investigaciones que fortalezcan el uso de protocolos breves de intervención y que a su vez den respuesta a las consecuencias que se generan al interior de la familia y que requieren la protección de algunos de sus integrantes. Además, no se puede desconocer la importancia de dar prioridad al motivo de remisión de entidades garantes de derechos y a las expectativas de los



consultantes, dado el contexto judicial que envuelven estas y la importancia del actuar éticamente en estos casos.

Por otra parte, los hallazgos buscan motivar el pensar en acciones investigativas relacionadas con el participante indirecto en contextos de violencia familiar, buscando disminuir el impacto de su rol en la interacción familiar y que por ende dichas interacciones estén enmarcadas en el respeto por el otro.

### Referencias Bibliográficas

ACNUR (2009). Violencia de género y mujeres desplazadas. Recuperado en [www.acnur.org](http://www.acnur.org)

Alarcón, L; Araújo, A.; Godoy, A. y Vera, M. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.

Alejo, E. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas psychologica*, 6(3), 623-635.

Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Universitas Psychologica*, 6(3), 623-635

Alejo, E. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *MedUNAB*, 8(1), 23-28.

Almeida, T., Abrunhosa, R. y Gonçalves A. (2008). Agresividad en niños que testimonian la violencia de género. *Anuario de psicología jurídica*, 18, 113-118.

Alonso, J. y Castellanos, J. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 253-274.

- Azar, S. y Weinzierl, K. (2005). Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(7),598-614.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology monograph*, 4(1).
- Bellack, A.S.y Hersen, M. (1989). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. España. Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Blázquez, M.; Moreno, J. y García-Baamonde, M. (2009). Inteligencia emocional como alternativa para la prevención del maltrato psicológico en la pareja. *Anales de psicología*, 25(2), 250-260.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*. (6° ed.). España. Editorial Siglo XXI.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco C. (noviembre 2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de psicología*, 82, 25-44
- Canaval, G., González, M., Humphreys, J., De León, N., González, S. (2009). Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. *Revista investigación y educación en enfermería*, 2, 209-217.
- Castanyer, O. (1996). *La Asertividad: Expresión De Una Sana Autoestima* (3° ed.). Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Castro, R. y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(1),135-146.

- Caycedo, C.; Gutiérrez, C; Ascencio, V y Delgado; A. (2005). Regulación emocional y entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma psicológica*, 12(2), 157-173
- Chaux, E. (junio 2003). Agresión reactiva, agresión instrumental y el ciclo de la violencia. *Revista de Estudios Sociales*, 15, 47-58.
- Cole, P. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, (75), 317-333.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
- Correa, P.; Echeburúa, E.; Sarasúa, B. y Zubizarreta (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales: un estudio piloto. *Psicología conductual*, 3(2), 195-210.
- Cozby, P. (2009). *Methods in behavioral research*. New York. Higher Education. McGraw Hill. Tenth edition.
- Cummings, M.; Goeke-Morey, M.; Papp, L. y Dukewich, T. (2002). Children's Responses to Mothers' and Fathers' Emotionality and Tactics in Marital Conflict in the Home. *Journal of Family Psychology*, 16 (4), 478-492.
- Da Dalt de Mangione y Difabio, 2002. Asertividad su relación con los estilos educativos familiares. *Centro interamericano de investigaciones psicológicas y Ciencias Afines. Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140.

- Dickstein, B., Schorr, Y., Stein, N., Krantz, L., Solomon, Z. y Litz, B. (2012). Coping and Mental Health Outcomes Among Israelis Living With the Chronic Threat of Terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, (4), 392–399.
- Domínguez, J., García, P. y Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de psicología*, 24(1), 115-120.
- Duque, J.; Otero, L. (2004). Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales*, 17, 19-31.
- Echeburua, E., Corral, P. y Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 4, 227-244.
- Poulin, R., y Padgett, S. (2001). Parental socialization of children's dysregulated expression of emotion and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*. 15(2), 183-205.
- Espelage, D., Low, S.y De La Rue, (2012). Relations Between Peer Victimization Subtypes, Family Violence, and Psychological Outcomes During Early Adolescence. *Psychology of Violence*, 10.1037/a0027386
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20(2), 193-198.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2003). Algunas consideraciones generales sobre el maltrato de mujeres en la actualidad. *Anuario de psicología*, 34(2), 203-213.
- Franco, S. (2003). Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Revista cubana salud pública*, 29(1), 18-36.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.

- Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Enseñanza e Investigación en Psicología. *Un Análisis Teórico Empírico*, 14(2), 403-425.
- Graham-Bermann, S., Sularz, A. y Howell, K. (2011). Additional Adverse Events Among Women Exposed to Intimate Partner Violence: Frequency and Impact. *University of Michigan Psychology of Violence*, 1(2), 136-149.
- Gil y León, 1998. *Habilidades Sociales. Teoría, Investigación e Intervención*. Madrid. Editorial Síntesis.
- González, R. y Molinares, I. (2010). La violencia en Colombia. Una mirada particular para su comprensión. De cómo percibimos la violencia social a gran escala y hacemos invisible la violencia no mediática. *Investigación y Desarrollo*, 18(2), 346-369.
- Gómez, E. y De Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. *Psicothema*, 15(3), 452-45.
- Heath, N., Hall, J., Canetti, D., y Hobfoll, S. (2012). Exposure to political violence, psychological distress, resource loss, and benefit finding as predictors of domestic violence among Palestinians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, doi: 10.1037/a0028367.
- Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2012). Centro de referencia nacional sobre violencia. Boletín estadístico mensual. Recuperado en [www.medicinalegal.gov.co](http://www.medicinalegal.gov.co)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010). Forensis mujeres. Datos para la vida. Recuperado en [www.medicinalegal.gov.co](http://www.medicinalegal.gov.co)

- Jaime, M. (2003). Conflicto armado en Colombia. *Revista de derecho, Universidad del Norte*, 19, 119-125.
- Labrador, F., Cruzado, J., Muñoz, M.. (1993). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Labrador, M.; Fernández-Velasco, M. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22 (1), 99-105.
- Labrador, M.; Fernández-velasco, M. 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.
- López G. y Vesga, M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 785-802.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical Research and Practice with Battered Women : What We Know, What We Need to Know. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(2), 120-141.
- Médicos Sin Fronteras (2010). Tres veces víctimas.
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental. Métodos de investigación*. Prentice Hall. México.
- Mestre, A., Tur, P. y Latorre, A. (2010). Inestabilidad emocional y agresividad: factores predictores. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 33-45.
- Mestre, M., Tur, A., Samper, P. y Nàcher, M. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(2), 211-225

- Moreno, J. y Sánchez, R. (2009). Muertes por causas violentas y ciclo económico en Bogotá, Colombia: 1997–2006. Un estudio de series de tiempo. *Revista panamericana salud pública*, 26(1), 23–30.
- Moreno, E. (2008). *El conflicto armado interno en Colombia*. Colombia: Ediciones SEM.
- Muñoz-Martínez, A y Novoa-Gómez, M. (2020). Confiabilidad y validación de un modelo de formulación clínica conductual. Bogotá: *Pontificia Universidad Javeriana. Grupo de Investigación en Psicología y Salud*.
- Nieto, M. y González, H. (2005). La estructura afectiva de las emociones: un estudio comparativo sobre la ira y el miedo. *Ansiedad y estrés*, 22(2-3)141-155.
- Nogueiras. (2006). *La violencia contra las mujeres “La violencia en la pareja”*. España. Ediciones Díaz de Santos.
- Orue, I. y Calvete, E. (2012).. La justificación de la violencia como mediador de la relación entre la exposición a la violencia y la conducta agresiva en infancia. *Psicothema*, 24(1), 42-47
- Painuly, N.; Sharan, P. y Mattoo, S. (2005). Relación de la ira y los ataques de ira con la depresión. *Revista de Toxicomanías*, 45, 11-18.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Palos, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. y Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35, 29-36.
- Parra. C. y Cortés, D. (s.f.). ACNUR (2009). Protocolo de interpretación Inventario de Asertividad de Rathus. *Fundación Universitaria Konrad Lorenz*.
- Pineda, J. y Otero, L. (2004). Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales*, 17(2), 19-31.

- Pichardo, M.C.; Justicia, F. y Cabeza, M. (2009). Prácticas de Crianza y Competencia Social en niños de 3 a 5 años. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 37-48.
- Piqueras, J.; Ramos, v.; Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Retana-Franco, B. y Sánchez-Aragón, R. (2008). Rastreado en el pasado...formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas Psychology*, 9(1), 179-197.
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza editorial.
- Rodrigo, M.; Martín, J.; Cabrera, E. y Maíquez, M. (2009). Las competencia parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18(2), 113-120.
- Rodríguez, M., Del Barrio, V., Carrasco, A. (2009). Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(1), 51-60.
- Rodríguez, M., Díaz, P., Niño, S., Samudio, M. y Silva, M.(2005). El desplazamiento como generador de crisis: un estudio en adultos y adolescentes. *Terapia psicológica*, 23(2), 33-43.
- Romero,I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en Torno al Tratamiento. *Intervención Psicosocial*,19(2), 191-199.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2006). En la violencia contra las mujeres “*La violencia en la pareja*”. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Del Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.



- Salas, L. (2005). Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas. *Desarrollo y sociedad*, 56.
- Soler, E., Barreto, P. y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2), 267-274.
- Sanz, J. y Vásquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sroufe, L. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant mental health journal*, 21(1-2-), 67-74
- Tiburcio, M., Natera, G. y Berenzon, S. (2010). Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud mental*, 33(2), 43-248.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2), 25-52.
- Tur-Porcar, A., Mestre, V., Samper, P. y Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre?. *Psicothema*, 24(2), 284-28.
- Tur-Porcar, A.; Mestre, M. y del Barrio, M. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 78-88.
- UNICEF. (2007). *El maltrato deja huella*. Recuperado en [www.unicef.cl](http://www.unicef.cl)
- Valdez, E. y Juárez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud mental*, 21(6), 1-10.
- Vásquez, C. y Sanz, J. (1998). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario de Depresión de Beck en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 10(1), 59-81.

Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 9-17.

Vielma, J. (2003). Estilos de crianza, estilos educativos y socialización: Fuente de bienestar psicológico?. *Acción pedagógica*, 12(1), 48-55.

Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 14(1), 21-29.

Wilches, I. (2010). Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano. *Revista de estudios sociales*, 36, 86-94.

## Apéndices

### Apéndice A

Diferencia entre conducta asertiva, conducta no asertiva y conducta agresiva (Caballo, 2005)

#### *Conducta Asertiva:*

1. Implica la expresión indirecta de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y son violar sus derechos.
2. Su mensaje básico es: “Esto es lo que yo pienso. Esto es lo que yo siento. Así es como veo la situación”.
3. La conducta no verbal es muy importante y puede apoyar o quitar valor a la conducta verbal; por tanto, estas conductas deben estar en armonía con el contenido verbal del mensaje asertivo.
4. La aserción implica respeto, no servilismo. Existen dos clases de respeto implicadas en la aserción: El respeto hacia uno mismo y el respeto hacia los derechos y necesidades de los demás.
5. El objetivo de la aserción es la comunicación y el tener y conseguir respeto y dejar abierto el camino para el compromiso cuando se enfrenten las necesidades y derechos de dos personas. En estos compromisos ninguna persona sacrifica su integridad básica y los dos consiguen que se satisfagan algunas de sus necesidades. Cuando la integridad personal está en juego un compromiso es inadecuado y no asertivo. Si no llegan a un compromiso,

pueden respetar simplemente el derecho que tiene el otro de no estar de acuerdo y a no imponer sus exigencias sobre la otra persona.

6. La conducta asertiva no está planeada principalmente para permitir a una persona obtener esencialmente lo que ella quiere. Su propósito es la comunicación clara, directa y no ofensiva de las propias necesidades u opiniones.
7. La conducta asertiva se expresa considerando derechos, responsabilidades y consecuencias.
8. La conducta asertiva en una situación no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto. Hay ciertas situaciones en las que la conducta asertiva es deseable y apropiada pero puede causar alguna molestia a la otra persona.
9. La conducta asertiva normalmente da como resultado consecuencias favorables para las personas implicadas. La persona que ha actuado asertivamente puede o no cumplir con sus objetivos pero generalmente se siente mejor por haber podido expresar sus opiniones y sentimientos.
10. En general, el resultado de la conducta asertiva es una disminución de la ansiedad, relaciones más íntimas y significativas, un mayor respeto hacia uno mismo y una mejor adaptación social.

*Conducta No Asertiva:*

1. Implica la violación de los propios derechos, al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o expresando estos de una manera auto-derrotista, con disculpas, con falta de confianza, y por lo tanto permitiendo a los demás, la violación de los propios derechos.

2. En este estilo de conducta el mensaje que se comunica es “yo no cuento, puedes aprovecharte de mi, mis sentimientos no importan, solamente los tuyos, yo no soy nadie, tu eres superior”.
3. Junto a la conducta verbal suelen darse conductas no verbales no asertivas como la evitación de la mirada, habla vacilante, bajo volumen de voz, postura corporal intensa y movimientos corporales nervioso o inapropiados.
4. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. El objetivo de la no aserción es apaciguar a los demás y el evitar el conflicto; incluso cuando la no aserción le cuesta a la gente su propia integridad, la consecuencia inmediata de permitir a la persona evitar o escapar de los conflictos generadores de ansiedad es muy reforzante.
5. El comportarse de una forma no asertiva es una situación puede dar como resultado consecuencias no deseables para la persona; la probabilidad que la persona satisfaga sus necesidades o que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta.
6. La persona que se comporta de forma no asertiva se sentirá a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada; además, puede sentirse molesta debido al resultado de la situación o volverse hostil con las otras personas; la persona puede sentirse mal con ella misma al ser incapaz de expresar adecuadamente sus opiniones o sentimientos, lo cual puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima. Además, luego de numerosas situaciones donde la persona no ha sido asertiva, es probable que termine por “estallar”; por lo general la cantidad de molestia o de ira que se expresa no guarda a menudo proporción con la situación real que lo ha precipitado.

7. Quien recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables; el inferir lo que realmente esta diciendo la otra persona es una tarea abrumadora que puede llevar a pensamientos de frustración o de ira hacia la persona que se comporta de forma no asertiva.
8. La persona que se comporta de forma no asertiva suele tener una evaluación de sí misma inadecuada negativa, sentimientos de inferioridad, tendencia a mantener roles subordinados en relación a los demás, una tendencia a solicitar excesivamente apoyo emocional de los demás, y una ansiedad interpersonal excesiva; se sentirá insatisfecho, encontrando las relaciones con los demás, fastidiosas o incómodas; tiene miedo continuamente de estar molestando a la gente y llamando la atención; teme estar ocupando demasiado espacio y respirando demasiado aire.
9. Quien no se comporta asertivamente trata de ser todo para todo el mundo y acaba no siendo nada para ella; expresan todo con excepción de lo que sienten.

#### *Conducta Agresiva:*

1. La conducta agresiva implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una forma que a menudo es deshonesto, inapropiada y siempre viola los derechos de la otra persona.
2. La conducta agresiva puede expresarse de forma directa o indirecta; la agresión verbal directa incluye insultos, ofensas verbales, amenazas o expresiones hostiles o humillantes.; el componente no verbal incluye gestos hostiles o amenazantes. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y maliciosos; las conductas no verbales agresivas incluye gestos físicos realizados mientras la atención

de la otra persona se dirige a otro lugar o actos físicos dirigidos a otras personas u objetos.

3. Quien recibe la conducta de la persona que exhibe conducta agresiva posteriormente sentirá resentimiento y la evitará. Quienes manifiestan patrones de conducta pasivo-agresiva no se espera que tengan relaciones duraderas y satisfactorias.
4. El objetivo usual de la agresión es la dominación y el vencer a la otra persona; la victoria se asegura por medio de la humillación, la degradación, el minimizar a los demás.
5. A veces, la conducta agresiva da como resultado a corto plazo consecuencias favorables y a veces consecuencias desfavorables. Los resultados positivos inmediatos incluyen la expresión emocional, sentimientos de poder, y el conseguir objetivos sin experimentar reacciones negativas directas de los demás; el logro de los objetivos deseados a través de la conducta agresiva es probable que refuerce este estilo de conducta, por lo cual la persona seguirá comportándose de tal forma. Los resultados negativos inmediatos pueden ser sentimientos de culpa.
6. Las consecuencias a largo plazo de esta conducta suelen ser negativas, lo cual incluye tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos con ella.

## Apéndice B

### Formulación Clínica Conductual - Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2010)

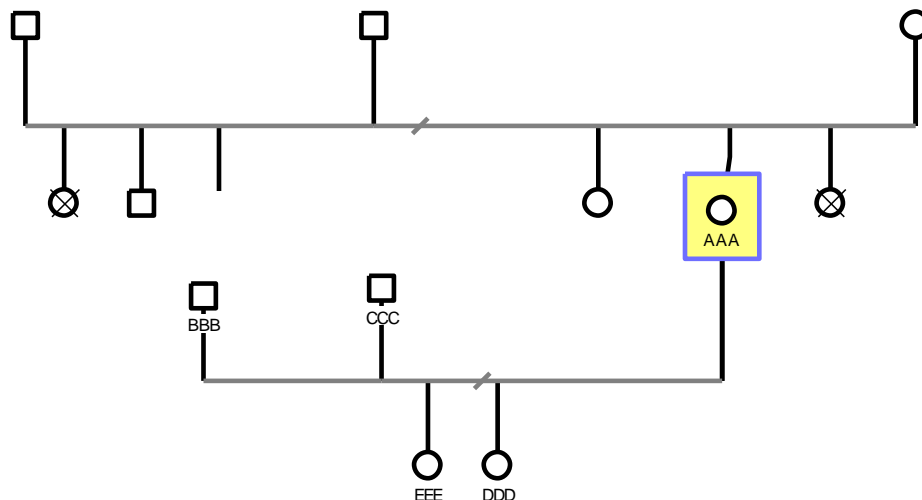
Este estudio se realizó con una participante de género femenino de 38 años, quien se encontraba involucrada en un caso de violencia intrafamiliar, considerando todos los principios éticos que se estipulan en la Ley 1090 (por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones), especialmente en lo relacionado a los principios generales de responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, confidencialidad, bienestar del usuario, evaluación de técnicas e investigación con participantes humanos; así como en lo relacionado a los deberes y obligaciones del psicólogo contemplados en el artículo 9, deberes frente a los usuarios contemplados en el artículo 33, deberes con las personas objeto de su ejercicio profesional contemplados en el artículo 36, deberes en cuanto al uso del material psicotécnico contemplado en el capítulo VI, y lo relacionado con la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, estipulado en el capítulo VII de dicha ley. Además, se tuvo en cuenta el manual deontológico y bioético del psicólogo (2010), los principios éticos de los psicólogos y código de conducta (2010) de la American Psychological Association -APA-.

Partiendo de estas consideraciones para la presentación de este documento, la consultante será identificada como AAA, su actual pareja como BBB, su primera pareja como CCC, su hija mayor como DDD y su hija menor como EEE.

AAA es remitida por una institución que protege los derechos de las menores con el siguiente motivo: “se remite a la Sra. AAA para evaluación psicológica y acompañamiento en el proceso de reintegro de sus hijas al medio familiar”. Esta remisión se efectúa luego que sus hijas de 13 y 15 años de edad fueron retiradas del medio familiar debido que el señor con el cual AAA vive en unión libre, propiciara golpes a las adolescentes como estrategia de corrección de comportamientos indeseados, generando para ambas una incapacidad médico legal de 7 días; dicha incapacidad fue dictaminada por medicina legal a donde fueron remitidas las menores de edad por la autoridad competente, luego de un denuncia de los hechos por terceros. Las adolescentes no reportaron los hechos sucedidos con su padrastro a la mamá. Las adolescentes fueron retiradas del medio familiar como medida preventiva por espacio de dos meses, al final de los cuales fueron reintegradas al medio familiar al evidenciarse que no existían antecedentes de otras situaciones de maltrato. La autoridad competente del caso determinó la vinculación de la mamá en atención psicológica atendiendo que es la principal garante de los derechos de las menores de edad y con el fin de fortalecer la relación madre-hijas.

En entrevista inicial realizada con AAA manifiesta “estoy dispuesta a lo que sea con tal de tener a mis hijas”; de igual forma AAA reporta “quiero estar más pendiente de mis hijas y que lo que pasó no se vuelva a repetir”.

### GENOGRAMA





## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	ESTADO ACTUAL – ANÁLISIS SINCRÓNICO	HISTORIA –ANÁLISIS DIACRÓNICO
<p>Presencia de comportamientos agresivos caracterizados por aumento del tono de la voz al dirigirse a otras personas, verbalizaciones relacionadas con hechos pasados y activación fisiológica, cuando debe expresar sus pensamientos y emociones de disgusto en la interacción con sus hijas. Frente a la relación con su esposo, recurre a quedarse callada. A continuación se mencionan más específicamente este tipo de conductas y de situaciones: AAA describe sus sentimientos de ira y de activación fisiológica, así: “me da mucha rabia, me pongo roja de la piedra que me da y siento como ganas de llorar, respiro más rápido como si me fuera a ahogar, el corazón me late más rápido y me pongo como si tuviera tieso el cuerpo, como los brazos y el cuello”.</p> <p>Cuando sus hijas no obedecen las instrucciones impartidas, AAA presenta activación fisiológica, sentimientos de ira, utiliza gritos y amenazas (“cuando yo grito a mis hijas les digo muévanse, hagan las cosas, por qué todo me toca a mí...también les digo que les gusta todo a las malas, que cuando les pegaba me hacían caso que si quieren que yo vuelva a ser otra vez así... yo sé que a veces se me va la mano en decirles esas cosas pero así me hacen caso, pero con él (padrastro) es otra cosa). En sus reportes se observa que AAA considera que estos comportamientos</p>	<p>AAA vive actualmente con sus dos hijas adolescentes y con su pareja, con la cual lleva seis años de convivencia.</p> <p>En el contexto familiar, se observa que cuando AAA imparte una instrucción a sus hijas respecto a las labores de la casa y ellas no la siguen, recurre a gritarlas o amenazarlas para que estas sigan la instrucción impartida, la cual es seguida por ellas, siendo esta una estrategia frecuente utilizada por la consultante para lograr el seguimiento de sus instrucciones.</p> <p>En la relación de pareja, AAA tiende a evitar el conflicto con su esposo; si éste realiza comentarios relacionados con la crianza de sus hijas, realiza comportamientos con los cuales no está de acuerdo la consultante, ella permanece en silencio y no manifiesta sus pensamientos y sentimientos, para evitar tener enfrentamientos con su esposo, por temor a que se termine la relación de pareja; cuando la consultante ha expresado su desacuerdo hacia su pareja, éste ha reaccionado con verbalizaciones como “deje de ser cansona, deje la cantaleta”, deja de hablarle durante varios días o no realiza manifestaciones tanto físicas como verbales de afecto.</p> <p>Cuando se presentan situaciones con otras personas (como sus vecinos o las personas con las que labora), donde AAA debe hacer solicitudes o defender sus posiciones, AAA recurre a gritar para que sus peticiones sean atendidas. En varias oportunidades se han presentado dificultades respecto al uso inadecuado de los espacios arrendados por ella dentro de la vivienda, lo cual ha generado</p>	<p>AAA proviene de un sistema familiar recompuesto por línea materna; los progenitores se separaron cuando ella tenía 2 años y medio de edad. De la primera relación de la mamá nacieron tres hijos (la hija mayor falleció cuando tenía algunos meses de edad).</p> <p>AAA identifica al actual compañero de la mamá como su padre, actualmente no tiene conocimiento de la ubicación de su padre biológico; tanto mamá como padrastro y hermanos se encuentran radicados en el departamento de origen, con quienes sostiene comunicación telefónica ocasional aunque cordial; reporta que hace cinco años no visita a su familia.</p> <p>La relación de pareja actual de la madre de la consultante, lleva aproximadamente 30 años, AAA reporta que en esta relación no se han presentado episodios de violencia física; recuerda que se presentaban conflictos entre ellos los cuales se debían a que su padrastro era muy estricto en el hogar, expresa “se hacía lo que él decía, en la casa quien mandaba era él y a veces peleaban con mi mamá por eso, pero al final mi mamá hacía lo que él decía”. AAA describe a su mamá como “era malgeniada, a ella le daba malgenio por todo, si mi papá llegaba tarde se ponía brava, si hacíamos cosas de niñas, también, ese es el genio de ella”; de su padre AAA “tenía un genio muy normal... se ponía bravo cuando se tenía que poner bravo, pero es que mi mamá se pone brava por todo, cualquier cosa la pone de malgenio”.</p> <p>La corrección de comportamientos inadecuados en el hogar era ejercida especialmente por la mamá quien recurría al castigo físico; de esto recuerda que a ella sólo en una oportunidad la mamá le pegó con un palo; AAA reporta que su hermana menor constantemente era corregida a través del castigo físico para que obedeciera las instrucciones de la mamá; no recuerda hechos similares hacia sus hermanos.</p> <p>En cuanto al contexto social, AAA proviene de un municipio del oriente colombiano donde el conflicto armado afectaba a la población civil, AAA recuerda que a las mujeres se les tenía prohibido el contacto con</p>

<p>son estrategias efectivas para lograr el seguimiento de sus instrucciones por parte de las adolescentes.</p> <p>Frente a comportamientos donde su hija DDD expresa su disgusto a través de comentarios emitidos en baja voz (“me alega pasito”), AAA reacciona con activación fisiológica, sentimientos de ira y recurre el grito como una estrategia para exigir respeto hacia ella, lo cual genera que DDD no continúe con dichos comentarios.</p> <p>Frente a las situaciones como las anteriores, AAA reporta verbalizaciones como “todo sería mejor si mis hijas me respetaran, me gustaría que me hicieran caso como le hacen caso a mi esposo... cuando DDD (hija mayor) me contesta a lo que le digo, como para no hacer las cosas, no me gusta, yo no quiero pelear con ellas, porque son mis hijas y son lo más importante para mi... a veces me toca regañarlas seguido y entonces el poquito tiempo que tenemos juntas es peleando... me gustaría que hiciéramos muchas cosas, que él (esposo) me acompañara y saliéramos todos a hacer cosas, pero a veces a él le da por decir que no va y se nos daña todo... si él no va, por lo general no salimos solas”.</p> <p>AAA reconoce que sus hijas identifican sus estados de ira “yo les digo que las quiero (hijas), a veces jugamos y la pasamos muy bien... cuando estoy de malgenio ellas saben que estoy de malgenio porque no colaboran y no me hacen caso... saben que estoy brava porque grito y me pongo roja y no quiero que me hablen porque contesto con un grito y no quisiera que nadie me</p>	<p>agresiones verbales hacia sus vecinos.</p> <p>Respecto a los sentimientos de ira, éstos se presentan cuando AAA hace solicitudes a sus hijas y estas no son atendidas, cuando regresa de su trabajo y observa que sus hijas no han colaborado en las actividades de la casa o cuando su esposo realiza comentarios sobre su comportamiento. Además, se presenta cuando AAA debe afrontar situaciones que son frustrantes para ella como por ejemplo, cuando el adulto mayor que cuida no permite que AAA realice su trabajo (bañarlo, cambiarlo, darle de comer) o cuando sus vecinos ocupan espacios de la vivienda que son de uso de su familia o cuando debe hacer alguna reclamación. AAA identifica la ira a través de la activación fisiológica que presenta: Tensión muscular, calor en el rostro, aceleración del ritmo cardiaco y aumento de la respiración.</p> <p>Actualmente AAA labora cuidando personas de la tercera edad en las noches y los fines de semana, lo cual no le permite compartir tiempo con sus hijas, ya que cuando ella está en casa, éstas se encuentran en el contexto escolar. En los espacios donde las actividades laborales de AAA permiten la interacción con sus hijas, se presentan conflictos relacionados con las actividades propias de la casa y las actividades académicas de las mismas. Cuando se presentan situaciones donde AAA desea salir con sus hijas y realizar alguna actividad familiar, pero no es deseo de su esposo acompañarlas, AAA desiste de sus planes y permanece en casa. Frente a las actividades familiares por ejemplo en las actividades deportivas y de fin de año, AAA participa</p>	<p>integrantes de la fuerza pública con amenazas para su integridad física; en una oportunidad AAA fue víctima de un intento de abuso sexual por parte de un miembro de un grupo al margen de la ley.</p> <p>A la edad de 21 años AAA establece relación de convivencia con el padre de sus hijas, luego de 3 meses de noviazgo aproximadamente; el periodo de convivencia en unión libre fue de 3 años, durante el cual se presentaron episodios de violencia conyugal tanto física como psicológica donde la señora AAA era agredida por su compañero, ante esto AAA reporta “yo trataba de llevarlo por las buenas para que todo estuviera bien, porque por cualquier cosa se ponía que no se le podía hablar y se armaba el problema de una vez... yo sabía que no le gustaba y pues trataba de no molestarlo, para evitar problemas”. El evento desencadenante para la separación fue la agresión del señor cuando AAA se encontraba en estado de gestación de su segunda hija. Actualmente la relación entre la señora AAA y el padre de sus hijas es nula.</p> <p>Desde hace dos años aproximadamente trabaja de noche y fines de semana, a partir de este momento, AAA considera que la relación con sus hijas se ha tornado distante, debido al escaso tiempo que tiene para compartir con ellas. AAA inicia sus actividades laborales (servicio doméstico) a la edad de 15 años en la capital del departamento de residencia, allí dura unos meses, posteriormente se traslada a la ciudad de Bogotá, donde se emplea como interna en servicio doméstico. AAA considera que antes de establecer convivencia con su actual pareja, ella realizaba actividades los fines de semana como salir a los parques de la ciudad, donde compartían el almuerzo, ocasionalmente comían un helado. En el inicio de la relación de pareja actual compartían actividades deportivas, reuniones familiares, entre otras; AAA identifica que debido a su trabajo y al cansancio ella dejó de participar en dichos espacios; Actualmente estos espacios de interacción se limitan en su mayoría al contexto de la casa.</p> <p>AAA reporta que la ira es una emoción que ha estado presente en su historia de vida, identifica que esta es funcional en algunos momentos pues le ha permitido hacer frente a algunas situaciones “para ir a decirle a la vecina las cosas, tengo que estar con una</p>
---	---	---

<p>dijera nada”.</p> <p>Frente a situaciones de conflicto con otras personas como sus vecinos o sus compañeras de trabajo, AAA reacciona con activación fisiológica, expresa sus emociones y pensamientos de manera inadecuada “yo siempre digo lo que pienso y no me gusta dejar que me vean la cara, por eso con las vecinas yo poco me hablo porque yo les digo las cosas cuando no me gustan y ellas se delican... pues yo me pongo brava y a veces me toca pelear y alegar con ellas (gritar)”.</p> <p>Cuando se presentan situaciones conflictivas con su pareja, donde él le expresa su desacuerdo con las pautas de crianza que utiliza con sus hijas, AAA reacciona con activación fisiológica, sentimientos de ira, deseos de gritar, sin embargo, no expresa sus pensamientos y sentimientos, con el fin de evitar el conflicto con éste, ya que se han presentado situaciones donde la reacción de AAA ha sido castigada por su pareja: “cuando él (esposo) me dice que yo no sé educar a mis hijas, me da mucha rabia, me dan ganas de gritarle muchas cosas, pero mejor me quedo callada.... Si le digo se pone bravo y no me habla mas, entonces mejor me quedo callada y eso al rato volvemos a hablar igual... no me gusta que se ponga bravo, de pronto se pone muy bravo y se va de la casa...yo a veces he pensado en dejarlo, pero yo lo quiero mucho y él es una buena persona, yo no quisiera que eso se acabara... a veces es mejor evitar los problemas... cuando vamos a comprar cosas para las niñas,</p>	<p>esporádicamente dada sus actividades laborales</p>	<p>rabia muy grande”.</p>
--	---	---------------------------

<p>siempre se hace lo que él dice, es como si yo no pudiera opinar...él me dice déjelas que compren lo que quieren, y cuando yo las corrijo él siempre me dice que no las grite... delante de ellas”.</p>		
<p>Frente a situaciones donde sus hijas no obedecen sus instrucciones, se presentan conflictos con su pareja, o donde AAA recibe comentarios de ésta, relacionados con la educación de sus hijas, se presentan estados de labilidad emocional, donde AAA se siente triste, llora o se aísla de su grupo familiar; “lloro y lloro y me acuesto como si me fuera a dormir, pero me quedo en la cama quieta pensando, llorando, viendo televisión, a veces pienso que como que no fui capaz con la crianza de mis hijas... es que pelear con él (esposo) también me pone triste, yo no quisiera que peleáramos, a veces es injusto conmigo, porque dice que yo no pongo mucho en la casa y eso no es cierto yo pongo lo del diario, y si yo le digo ayúdeme en algo, entonces él dice eso también y me pongo triste y me da rabia porque no es cierto, pero para que pelear con él... cuando vamos a comprar cosas para las niñas, siempre se hace lo que él dice, todo eso me pone triste... haga lo que haga como que todo está mal para mis hijas y para él, como que yo digo entonces para que hago tanto, que la casa, que el trabajo, que el colegio, que saque para una cosa, para la otra, si todo está mal...me siento triste, a veces pienso que nada tiene sentido, uno trabaja y trabaja y en la casa no le ayudan a uno, es</p>	<p>Ante situaciones como comentarios de la pareja, que desaprueban su comportamiento, la percepción de escasa colaboración de este y sus hijas frente a las labores de la casa, la percepción de AAA sobre su falta de autoridad en el hogar, falta de confianza de sus hijas hacia ella AAA reporta llanto, quedarse en cama sin deseos de realizar las actividades de la casa (las cuales considera debiera recibir colaboración), sentimientos de tristeza, desmotivación. AAA reporta que cuando se presentan los sentimientos de tristeza y sus hijas evidencian esto, en ocasiones se acercan a ella y se preocupan por ella “ellas a veces se dan cuenta y me dicen que no me ponga así que ellas me quieren mucho, que no llore”. Respecto a su esposo, AAA reporta que prefiere que él no se dé cuenta de sus estados de tristeza, pues este se molesta diciéndole que no entiende las razones por las cuales asume este comportamiento. En las entrevistas realizadas AAA no reporta ideación suicida.</p>	<p>Frente a los sentimientos de tristeza, AAA reporta que estos iniciaron cuando ella tenía 15 años de edad y sufrió un intento de abuso sexual, dicha situación generó que ella se trasladara a la ciudad capital del departamento y posteriormente a Bogotá, donde inició actividades laborales en casa de familia en servicio doméstico. AAA manifiesta que dichos sentimientos de tristeza se presentaban ocasionalmente cuando ella recordaba lo sucedido; sin embargo, esto aumentó cuando estableció convivencia con el padre de sus hijas y se presentaron las situaciones de maltrato hacia ella. Respecto a la crianza de sus hijas, AAA manifiesta que debido a sus actividades laborales, el cuidado de estas era asumido por sus familiares y su hija estuvo viviendo varios años con el padre. AAA recuerda que la pérdida de su hija menor durante cinco años, le generó grandes sentimientos de tristeza, deseos de morirse (no reporta intentos de suicidio) e iniciaron sus dificultades para dormir (se despertaba al amanecer pensando en su hija y cómo recuperarla). Hace 6 años aproximadamente, la señora AAA establece una nueva relación de convivencia; al indagarse sobre la relación de pareja, la señora AAA no realiza reportes de posible maltrato físico, situación confirmada en el reporte de las menores de edad; sin embargo, manifiesta que en ocasiones su pareja la grita, le menciona que no sabe educar a sus hijas, que es un fastidio; además manifiesta que es celoso. Hace tres años aproximadamente, las niñas decidieron vivir con el progenitor durante tres meses, esto a raíz que se presentó un evento donde la señora AAA castigó físicamente a sus hijas por no obedecer en los oficios de la casa, el padre no le permitía el contacto con las menores de edad. En una oportunidad AAA se presentó en la casa exigiendo visitar a sus hijas, por lo cual el señor la agredió físicamente frente a las niñas; debido a esta agresión que se presentó l relación con el</p>

<p>como si yo sola hiciera las cosas y eso me pone muy triste”.</p> <p>Frente a los hechos ocurridos con el retiro de sus hijas del medio familiar, AAA manifiesta “a mi me da mucha tristeza pensar que ellas no me hubieran comentado lo que pasó con él (padrastra), él no tenía por qué pegarles, pero me pone muy triste que ellas no confíen en mi, a veces creo que me ven como si yo fuera el coco o algo así... ellas no me contaron porque no confían en mí, les puede pasar algo más grave y yo ni me entero”; en cuanto a estos comportamientos emocionales, AAA considera “me gustaría dejar de estar triste, me gustaría ser como mas tranquila...”</p>		<p>padre es nula.</p> <p>Al presentarse la situación que generó el retiro de las menores del medio familiar, se presentaron dificultades para dormir y la tristeza aumentó, pues la consultante temía que este retiro fuera permanente.</p>
---	--	---

***CONDICIONES BIOLÓGICAS DEL/LA CONSULTANTE: DESCRIBIR EL TIPO DE RELACION ENTRE LAS CONDICIONES Y LA CONDUCTA***

La paciente no reporta ninguna condición biológica asociada; su estado de salud es adecuado.

***CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO***

	<b>DESCRIPCION DEL CONTEXTO</b>	<b>COMPORTAMIENTOS QUE SE PRESENTAN</b>
	<p>AAA vive actualmente con sus dos hijas de 15 y 13 años de edad y con su pareja con la cual sostiene una relación de convivencia desde hace 6 años.</p> <p>Respecto a las condiciones socioeconómicas, la familia vive en un barrio catalogado como estrato 2; viven en arriendo en un apartamento ubicado en una vivienda, la cual está distribuida para que vivan varias familias allí, algunas zonas de la vivienda son zonas compartidas y posee todos los servicios</p>	<p>En cuanto a la relación madre-hijas, tanto madre como hijas, evalúan estas como satisfactorias, aunque identifica que desde el mes de febrero de este año ha compartido menos tiempo con ellas debido a sus compromisos laborales; AAA reporta que siempre ha tenido dificultad para que sus hijas sigan las instrucciones que ella les imparte de forma oportuna especialmente en lo relacionado con las actividades escolares, la colaboración en las tareas domésticas, horarios de entrada al hogar.</p> <p>Tanto AAA como sus hijas evalúan que en la relación madre-hijas existen expresiones de afecto, se presentan interacciones inadecuadas donde AAA recurre a los gritos</p>

<b>F A M I L I A R</b>	<p>públicos domiciliarios. Los gastos de la familia son cubiertos por la señora AAA, y por el señor BBB, sus ingresos permiten cubrir las necesidades básicas de la familia.</p> <p>En cuanto a la relación con su pareja, AAA considera que esta es satisfactoria aunque reporta que se presentan constantes conflictos y recibe desautorización y comentarios negativos relacionados con la educación de sus hijas por parte del padrastro. Tanto AAA como sus hijas no realizan reportes de posibles agresiones físicas entre AAA y su compañero. En la historia familiar se reportan antecedentes de castigo físico como estrategia de corrección por parte de AAA, los cuales se presentaban en ocasiones como último recurso para corregir el comportamiento de sus hijas y se hacía con el uso de elementos físicos.</p> <p>Respecto a las demás relaciones familiares de AAA se tiene que la relación entre sus hermanos y hermana tiende a ser distante aunque con contactos adecuados, según la consultante esto se debe al comportamiento de su hermana que se ha enmarcado en evasiones del hogar cuando era adolescente; la relación de AAA con sus hermanos tiende a ser cercana con adecuadas interacciones, al igual que con sus padres, aunque la relación de estos últimos tiende a ser distante con su hermana. La relación de AAA con su hermana tiende a ser cercana, existe comunicación frecuente. En general, las relaciones familiares tienden a ser distantes aunque cordiales, AAA evalúa las relaciones como satisfactorias.</p>	<p>y a las amenazas para que sus hijas sigan instrucciones, en ocasiones la hija mayor recurre a la misma estrategia cuando no está de acuerdo con las solicitudes de la madre. La relación de las niñas con su padrastro tiende a ser cercana. De acuerdo al reporte de las adolescentes, la situación presentada con su padrastro donde incurrió en agresiones físicas hacia ellas solo ha sucedido en una oportunidad.</p> <p>En cuanto al cuidado de sus hijas AAA reporta que luego que el padre de las niñas llevara a su hija menor, ella ha asumido la responsabilidad del cuidado directo de sus hijas.</p> <p>En cuanto a la corrección de comportamientos indeseados de sus hijas, AAA reporta que ocasionalmente recurría al castigo físico (golpear con una correa) para lograr que sus hijas obedecieran. AAA reporta que recurría al castigo físico luego de utilizar otras estrategias “yo mandaba y mandaba o les decía algo y no hacían caso y yo esperaba, pero llegaba un momento en que no me aguantaba mas y les pegaba y ahí si me hacían caso”. Actualmente AAA recurre a gritar a sus hijas y/o amenazarlas con ingresarlas a un internado como estrategia para que sigan instrucciones dentro el hogar. En la relación madre-hijas la expresión de afecto se hace a través de palabras, del juego, de escritura de cartas de las hijas hacia la mamá y abrazos.</p> <p>AAA considera que sus hijas siguen mas frecuentemente las instrucciones de su actual pareja y atribuye esto a que el señor comparte más tiempo con ellas, dadas las condiciones laborales actuales de ella; además el señor recurre por lo general al dialogo y a los “consejos” para dirigirse a ellas; al parecer es una persona que tiende a ser estricta, directo en las instrucciones que imparte a las hijas, no levanta la voz cuando hace las solicitudes; por lo general interfiere cuando AAA corrige a sus hijas mencionándole que ella no sabe “hablar” con sus hijas.</p>
<b>E S C</b>	<p>AAA culminó sus estudios de secundaria en la modalidad de validación, lo cual la hace sentir satisfecha; dentro de su proyecto se encuentra en realizar estudios de auxiliar de enfermería, AAA reporta no haber iniciado estos estudios debido a sus actividades laborales actuales que le impiden organizar sus horarios académicos y el tiempo en casa. AAA no se considera muy hábil para las actividades académicas,</p>	<p>Actualmente AAA no se encuentra realizando actividades académicas.</p>

<b>O</b> <b>L</b> <b>A</b> <b>R</b>	<p>reporta dificultades especialmente en materias como matemáticas y química y ser muy hábil en la asignatura de biología.</p> <p>Las relaciones sociales en el contexto escolar tienden a ser cordiales, aunque AAA no reporta haber tenido relación cercana con alguno de sus compañeros, recuerda que esta fue adecuada tanto con docentes como con compañeros.</p>	
<b>L</b> <b>A</b> <b>B</b> <b>O</b> <b>R</b> <b>A</b> <b>L</b>	<p>Actualmente AAA tiene dos trabajos, en uno de ellos, labora de lunes a viernes en la noche, (ingresa a las 5:30 p.m. saliendo a las 7:00 a.m.), el otro trabajo era el fin de semana. Los gastos de la vivienda se distribuyen de común acuerdo entre la señora AAA y su compañero, siendo AAA la responsable de los gastos diarios de la casa y de los gastos de sus hijas para el colegio y cuidado personal. Sus ingresos mensuales les permiten cubrir sus necesidades básicas. Existen condiciones de ahorro, aunque este no se realiza a través de entidades bancarias y se hace para realizar actividades como la celebración de cumpleaños o compra de elementos personales.</p>	<p>En el contexto laboral, AAA se siente satisfecha con sus actividades, reporta sentir ira cuando las personas no acceden a sus solicitudes, ante lo cual reporta levantar ocasionalmente la voz a fin de lograr que sigan sus instrucciones. En algunas ocasiones se han presentado agresiones verbales hacia su compañera de trabajo, debido a que le ha dejado actividades que no son propias de su contrato.. En la relación e interacción con la familia que contrata los servicios de AAA no se reportan dificultades.</p>
<b>R</b> <b>E</b> <b>L</b> <b>A</b> <b>C</b> <b>I</b> <b>O</b> <b>N</b>  <b>P</b> <b>A</b> <b>R</b> <b>E</b> <b>J</b> <b>A</b>	<p>Actualmente AAA vive en unión libre con su compañero; se establece relación de convivencia luego de una relación de noviazgo de varios años; al parecer no se presentaron dificultades de adaptación de las hijas de AAA con su actual relación de pareja. El actual compañero de AAA no tiene hijos de relaciones anteriores ni había establecido relación de convivencia en pareja con anterioridad. El compañero de AAA practica actividades deportivas las cuales fomenta con las hijas de ésta.</p> <p>Actualmente AAA refiere sentirse satisfecha con su relación de pareja a quien describe “él es buena persona, es responsable, está pendiente de uno y de las niñas, es serio, a veces es de malgenio, yo lo quiero mucho y no me gustaría que la relación de los dos se terminara”.</p>	<p>La relación de AAA con la familia de su pareja es nula.. La pareja de AAA visita frecuentemente su familia sin que esto genere dificultades en la relación de pareja.</p> <p>La actual pareja de AAA ha asumido el cuidado y supervisión de las hijas de AAA debido a las actividades laborales de ésta; las niñas lo identifican como una figura importante dentro del hogar, es un referente de afecto y de autoridad dentro del mismo. Tanto AAA como sus hijas realizan sólo un reporte de agresiones de él hacia ellas, por lo general las estrategias de corrección del compañero de AAA se basan en el diálogo y los “consejos”. AAA evita las situaciones conflictivas con su esposo, para lo cual evita manifestar sus pensamientos y sentimientos ya que cuando ha realizado esto, su pareja recurre a no hablarle durante varios días, por lo cual AAA recurre a usar comportamientos (e.g. hacerle comentarios) a fin de restablecer las relaciones; cuando AAA se encuentra triste y se recuesta en la cama, su pareja tiende a reprocharle estos comportamientos manifestándole que no entiende su actitud. Se presentan discusiones en la pareja relacionadas con la distribución de los gastos de la vivienda donde la pareja de AAA no le manifiesta su reconocimiento frente a los gastos asumidos por ella.</p>

<b>S O C I A L</b>	<p>AAA reporta que su círculo social tiende a ser reducido. Esta situación no es percibida por AAA como una dificultad, considera estar a gusto con esta situación. Reporta que cuando se presentan dificultades y desea dialogar con alguien, lo hace con su hermana.</p> <p>Sus relaciones sociales tienden a ser formales en general; al parecer las relaciones de AAA en su trabajo en general no presentan dificultades. AAA no realiza reportes relacionados con pertenecer a algún grupo religioso, de su contexto barrial, o el ámbito escolar de sus hijas; AAA fundamenta esto debido a sus actividades laborales actuales; sin embargo, en su historia de vida AAA no realiza reportes de vinculación a grupos sociales.</p>	<p>AAA reporta que se relaciona adecuadamente con sus vecinos y compañeros de trabajo, a excepción de aquellos casos donde AAA debe realizar solicitudes relacionadas con sus derechos o reiterar peticiones que no han sido atendidas. Sus espacios de interacción están dados a las personas de su trabajo, a su familia y a las personas con las cuales vive en la misma vivienda. AAA considera que aunque no tiene inconvenientes para relacionarse con los demás, refiere sostener relaciones distantes.</p>
<b>R E L I G I O S O</b>	<p>AAA reporta pertenecer a la iglesia católica. Sus creencias religiosas se fundamentan en su educación ya que su familia es de creencias católicas.</p>	<p>AAA no participar actualmente de actividades de tipo religioso o espiritual.</p>

### COMPETENCIAS

TIPO DE COMPETENCIA	DESCRIPCIÓN
<b>AFECTIVAS/ EMOCIONALES</b>	<p>AAA es una persona que identifica sus estados emocionales y a identificar estos en otras personas; identifica cómo su comportamiento influye en otros. La expresión de disgusto se realiza a través de gritos o amenazas en la interacción con otras personas, a excepción de la relación con su pareja. Frente a la expresión de sentimientos de afecto hacia sus hijas, esto se realiza adecuadamente, siendo identificadas dichas expresiones por ellas. En cuanto a la recepción de cumplidos de otras personas AAA manifiesta que estos le hacen sentir incómoda “me da pena”, esta situación se presenta especialmente cuando las personas que le hacen cumplidos no son familiares o cercanas a ella; esta misma situación ocurre con la realización de cumplidos, AAA reporta que puede realizar cumplidos o halagos hacia sus familiares (especialmente hijas y esposo) sin que le generen incomodidad; lo cual es diferente al hacerlo hacia otras personas.</p>
<b>ACADÉMICAS</b>	<p>Aunque AAA no se considera hábil académicamente, identifica que a través de la organización y de la constancia logra las metas que desea a este nivel. Considera tener habilidades en asignaturas como biología y escaso desempeño en matemáticas y química. Establece metas en esta área.</p>
<b>COGNOSCITIVAS/VE</b>	<p>Durante las entrevistas realizadas, se encuentra coherente y con una adecuada</p>



<b>RBALES</b>	<p>organización de su pensamiento y capacidad intelectual. Se observa una adecuada estructura en sus frases y coherencia en su lenguaje.</p> <p>Tiende a ser analítica frente a su situación actual, identificando sus problemáticas actuales y posibles soluciones a las mismas. AAA es una persona que tiende a manifestar pensamientos relacionados con la ejecución de su rol materno, el comportamiento de su esposo (desautorización y el haber golpeado a sus hijas), el escaso seguimiento de sus instrucciones por parte de sus hijas.</p> <p>En cuanto al proceso de toma de decisiones, AAA es una persona que durante su vida ha estado expuesta a tomar decisiones importantes, con resultados favorables, cuenta con habilidades para ello.</p>
<b>INTERACCIÓN SOCIAL</b>	<p>En cuanto a sus habilidades sociales, al parecer AAA no presenta dificultades para establecer relaciones con otras personas; aunque le genera incomodidad dar inicio a estas interacciones, al igual que hablar en público, comportamientos que se presentan en caso que se requieran por parte de la consultante. AAA realiza cumplidos a personas cercanas a ella. Su lenguaje verbal es acorde con su lenguaje no verbal, se muestra empática al describir pensamientos y emociones de otras personas. Esta área no es considerada por la consultante como problemática; no desea establecer relaciones de amistad con el objetivo de evitar problemas propios de la interacción social frente a lo cual reporta. Respecto a sus prácticas religiosas manifiesta que no realiza actividades como asistir a la eucaristía dominical; ha recibido los sacramentos y cree en Dios; refiere que no necesariamente se debe asistir al templo para realizar oración</p>
<b>AUTO-CONTROL</b>	<p>AAA es una persona que puede posponer reforzadores inmediatos para obtener unos a largo plazo; en su historia de vida se observa que en situaciones donde se ha requerido, ha mostrado habilidades de autocontrol, por ejemplo en su estudio: AAA identificaba las actividades que requería el culminar sus estudios secundarios sacrificando espacios como ver televisión, descansar y compartir espacios con su familia. En el contexto familiar AAA muestra dificultades para regular sus expresiones verbales y emocionales en la interacción con sus hijas, mientras que en la relación con su pareja AAA no manifiesta sus emociones y pensamientos.</p>
<b>SEXUAL</b>	<p>En cuanto al área sexual AAA no reporta dificultades a este nivel. A parecer existe satisfacción en esta área y percibe satisfacción de su esposo también.</p>

### **COMPETENCIAS DE AUTOCONOCIMIENTO**

	<b>DESCRIPCIÓN HECHA POR EL CONSULTANTE</b>	<b>VALORACIÓN DEL TERAPEUTA</b>
<b>AUTODESCRIPCIÓN</b>	<p>AAA se describe físicamente como una persona: “blanca, cabello castaño claro, contextura delgada, ojos café, con estatura de 1.65 metros”; considera que ha sido una mujer bonita aunque desde hace dos años aproximadamente ha despreocupado su arreglo personal para evitar conflictos con su actual pareja.</p>	<p>En las sesiones realizadas la presentación personal estuvo acorde con su edad y género; es organizada en su vestuario, su percepción de su aspecto físico corresponde con su contextura real; AAA no utiliza maquillaje, utiliza su cabello recogido permanentemente; no se observa descuido en cuanto a</p>

		organización e higiene en su apariencia personal.
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>	En cuanto a su autoevaluación AAA reporta “soy independiente, me gusta hacer mis cosas y comprar lo que yo quiero, desde joven yo me he hecho cargo de todo lo mío y pues de mis hijas... soy fuerte, a pesar de las cosas que han pasado yo creo que soy fuerte y que salgo adelante, soy responsable, trabajadora, honesta, a veces soy rencorosa, cuando me tratan mal y me hacen sufrir le cojo como rabia a las personas”.	En la historia de vida de AAA se evidencia que ella asumió su independencia económica en su adolescencia; a pesar de las experiencias estresantes que se han presentado en su historia de vida, AAA ha afrontado tales situaciones y aunque se han generado dificultades emocionales, en sus reportes no se evidencian síntomas de posibles patologías.
<b>EXPLICACIÓN DEL PROPIO COMPORTAMIENTO</b>	<p>Frente a sus comportamientos actuales AAA los explica:</p> <p>En cuanto a las conductas agresivas que asume, AAA considera que esta es una “buena manera” de lograr que sus hijas obedezcan sus instrucciones; además AAA reporta “yo soy de mal genio y cuando estoy de malgenio pues grito, es que así soy yo”; además, considera “yo me pongo de malgenio cuando las cosas no están como yo quiero y pues de una vez me da malgenio y siento que se me sube todo a la cabeza”.</p> <p>Frente a sus sentimientos de tristeza, AAA reporta: “yo creo que es porque cuando me hacen cosas que no me gustan me pongo triste... por ejemplo yo creo que mis hijas debieran ayudarme, yo trabajo todo el tiempo y ni él ni ellas me ayudan en la casa...también me pone triste que él diga cosas que no me gustan, yo quisiera que él fuera mas cariñoso conmigo, que viera que yo ayudo en al casa, que yo soy capaz con mis hijas, me duele que me diga que yo no sé educarlas”; “a veces creo que lo hacen para que me sienta triste o me ponga de malgenio”.</p> <p>En cuanto a las razones por las cuales sus hijas no le comentaron los hechos sucedidos con su padrastro, AAA considera que sus hijas no le tienen confianza debido a sus actividades laborales “yo tengo mucho trabajo, eso de pronto hizo que ellas no me contaran lo que pasó con él, aunque no me explico por qué si yo soy su mamá”.</p>	<p>AAA reporta en varias sesiones que su comportamiento se debe a su “forma de ser”, aunque percibe que sus comportamientos pueden cambiar, siendo su deseo realizarlo con el fin de fortalecer la relación con sus hijas.</p> <p>A raíz de la situación presentada con su compañero de convivencia frente a la corrección inadecuada de sus hijas, AAA identifica la dificultad para comunicarse con sus hijas, pues ellas no le comentaron lo sucedido; de igual forma, reconoce que tiene dificultad para que sus hijas la identifiquen como una figura de autoridad dentro del hogar.</p> <p>Se observa temor en AAA que los hechos sucedidos que generaron el retiro del medio familiar, se vuelvan a presentar, expresando temor por una posible pérdida de sus hijas,.</p>

### **RECURSOS FACILITADORES DEL PROCESO TERAPEUTICO**

El contexto familiar que actualmente tiene la consultante se constituye en un factor que es favorable para el cambio conductual de la consultante, teniendo en cuenta que las relaciones familiares tienden a ser cercanas y existe una

valoración adecuada entre madre e hijas y de ellas hacia el padrastro a pesar de la corrección inadecuada de comportamientos que se presentaron; en las diligencias adelantadas, tanto mamá como padrastro estuvieron atentos a la citaciones realizadas y a las visitas de los mismos a las menores de edad en la institución de protección.

AAA muestra habilidades de adaptación a diferentes contextos, lo cual se evidencia en que AAA ha vivenciado diversos eventos estresores que han generado cambios en su estilo de vida, a los cuales se ha adaptado sin generar mayores consecuencias emocionales para ella.

En las entrevistas realizadas a la consultante, se observa motivada en asumir el cuidado de sus hijas, siendo un evento estresante su retiro del medio familiar. AAA expresa constantemente gran afecto hacia sus hijas y hacia su pareja.

Ha mostrado y reporta interés en cambiar su comportamiento, teniendo como claridad la importancia de esto para mejorar la relación con sus hijas, que estas le comenten situaciones difíciles para ellas y el evitar que los hechos que generaron el retiro de las adolescentes del medio familiar se vuelvan a presentar, identificando que ella es la principal garante de los derechos de sus hijas, por ser su mamá.

### **GRADO DE AFECTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

<b>Conducta problema</b>	<b>Áreas de funcionamiento afectado y gravedad</b>	<b>Afectación de otras personas</b>
Presencia de comportamientos agresivos caracterizados por aumento del tono de la voz al dirigirse a otras personas, verbalizaciones relacionadas con hechos pasados y activación fisiológica, cuando debe expresar sus pensamientos y emociones de disgusto.	Este comportamiento ha afectado su desempeño en el contexto familiar, haciendo que las relaciones familiares sean más distantes. Este comportamiento afecta la relación con hijas, quienes reportan estar en desacuerdo con este comportamiento, generando comparación entre la forma cómo hacen las instrucciones la mamá y el padrastro; esto ha generado que DDD (hija mayor de AAA) recurra a utilizar el grito para mostrar su desacuerdo frente a las solicitudes de su mamá.  Estos comportamientos generan deterioro en su desempeño a nivel laboral, pues pese a que actualmente se reportan relaciones respetuosas en el trabajo, se han presentado situaciones donde AAA recurre este tipo de comportamientos para expresar sus emociones y hacer valer sus derechos, situación que ha ocurrido en el contexto vecinal igualmente.	Estos comportamientos de AAA afectan a sus hijas, generando malestar emocional en ellas; además, reportan en entrevista que no comentaron a la mamá los hechos sucedidos con su padrastro, por temor a que la mamá les llamara la atención por no haber llegado a la casa en los horarios establecidos. En general, afecta el bienestar emocional de sus hijas y su desarrollo al enseñar vicariamente este comportamiento.  De igual forma en su historia de vida, AAA recurrió al castigo físico, en su contexto laboral y social se han presentado conflictos con compañeros y vecinos, lo cual puede conllevar implicaciones legales.
Presencia de estados de labilidad emocional, donde la consultante se siente triste, llora, se aísla de su grupo familiar, frente a situaciones donde sus hijas	Este comportamiento afecta el bienestar emocional de AAA, dificulta la ejecución de su rol parental al considerar que no tiene autoridad en el hogar; afecta la relación de pareja, atendiendo que AAA no expresa su	Afectan el bienestar emocional de sus hijas y su desarrollo al enseñar vicariamente este comportamiento.

no obedecen sus instrucciones, se presentan conflictos con su pareja, o donde AAA recibe comentarios de su pareja, relacionados con la educación de sus hijas	inconformismo frente a situaciones específicas de la relación. A largo plazo estos comportamientos pueden influir notoriamente en el bienestar de AAA.	
---	--	--

### FORMULACION DE HIPOTESIS

UNIDAD DE ANÁLISIS	HIPÓTESIS	JUSTIFICACIÓN Y SOPORTE DE LAS HIPÓTESIS
<p>Patrón de comportamiento caracterizado por conductas agresivas como gritos, amenazas, activación fisiológica (calor en el rostro, aceleración del ritmo cardíaco y de la respiración, tensión muscular), y labilidad emocional caracterizado por sentimientos de tristeza, llanto, aislamiento de su grupo familiar, el cual se presenta cuando las otras personas no responden a sus solicitudes de manera inmediata y acorde a sus expectativas</p> <p>UNIDAD DE MEDIDA: Intensidad.</p>	<p><u>Predisposición:</u></p> <p>Durante su desarrollo AAA estuvo expuesta a un contexto social propio del conflicto armado colombiano, el cual estaba caracterizado por agresiones hacia la población civil que implicaba un exacerbado estado de alerta y evitación de conflicto, así como a un contexto familiar enmarcado por pautas de crianza problemáticas, donde la mamá recurría a estrategias aversivas para corregir el comportamiento indeseado de los hijos (especialmente de su hermana).</p> <p><u>Adquisición:</u></p> <p>AAA aprende por modelamiento del comportamiento de la mamá a reaccionar con comportamientos de corrección aversivos como el castigo físico (que se presentaba en eventos anteriores) y agresiones verbales (gritos y amenazas) ante situaciones en las que requiere la corrección de comportamientos indeseados de sus hijas, o el seguimiento de las instrucciones impartidas por la consultante a estas. En la historia de vida de AAA se presentó un evento estresante a la edad de 15 años (intento de abuso sexual), donde se presume se condicionó su patrón de respuestas emocionales (patrón caracterizado por ira y labilidad emocional), y que actualmente se manifiestan de forma exacerbada ante situaciones que pueden ser percibidas por ella como amenazantes o conflictivas tales como el no seguimiento de las instrucciones impartidas a las hijas, conflictos con su pareja, comentarios de su esposo sobre la ejecución de su rol materno (especialmente en lo relacionado a pautas de crianza); además, dicho patrón de respuestas, a través del tiempo, pudo ser moldeado dadas las reacciones de su contexto.</p> <p><u>Mantenimiento:</u></p> <p>En la cotidianidad, el patrón de respuestas emocionales de AAA es reforzado positivamente, dadas las reacciones de sus hijas y de terceros quienes atienden a sus solicitudes e</p>	<p>Los comportamientos de AAA están relacionados con las pautas de crianza que fueron ejercidas especialmente por su mamá. Diversos estudios han mostrado la relación entre pautas de crianza y comportamientos como la agresividad, habilidades sociales, expresión emocional, y diversas entidades diagnósticas, como los realizados por Turcor-Par, Mestre, Samper y Malona (2012), Muris, Meesters, Morren y Moorman (2004), Rodríguez, del Barrio y Carrasco (2009), Cummings, Goeke-Morey, Papp y Dukewich (2002), Mestre, Tur, Samper, Násher y Cortes (2001), Mestre, Samper y Latorre (2010) y López y Vesga (2009).</p> <p><u>Factores de Adquisición:</u></p> <p>La adquisición de este patrón de respuestas emocionales es coherente con los principios del análisis del comportamiento (condicionamiento clásico y operante)</p> <p><u>Factores de Mantenimiento</u> A través de la información</p>

	instrucciones cuando evidencian su ira, además recibe atención y algunos comportamientos complacientes especialmente por parte de su hijas; además puede ser reforzado negativamente ya que a través de estos comportamientos ella expresa sus emociones y pensamientos en algunos contextos (con su esposo ella evita generar conflicto). De igual manera, relacionado con sus habilidades para realizar una identificación y regulación de su respuesta emocional, se encuentra una habilidad importante en el repertorio caracterizada por la identificación de dicha respuesta emocional, pero una limitación para regular la intensidad de la misma, al igual que realizar una expresión apropiada de sus emociones y necesidades sin recurrir al uso de estrategias aversivas.	obtenida en las diferentes entrevistas y en los instrumentos aplicados, se observa coherencia en cuanto a las hipótesis de mantenimiento planteadas.
--	--	--

### HIPOTESIS EXPLICATIVA

Durante su desarrollo AAA estuvo expuesta a un contexto social de conflicto armado colombiano que generaba un estado de alerta y miedo por las situaciones de peligro y a un contexto familiar donde las pautas de crianza se caracterizaban por el uso de estrategias aversivas para corregir el comportamiento indeseado de los hijos, generando así que AAA aprendiera por modelamiento y contacto con contingencias directas, estrategias de corrección aversivas para controlar el comportamiento de sus hijas y obtener ganancias de otros; en ese contexto de conflicto armado se presentó un evento estresante donde AAA fue víctima de un intento de abuso sexual por un actor de este conflicto, que a la vez generó su desplazamiento hacia otros lugares del país y en el cual se presume se condicionó su patrón de respuestas emocionales caracterizado por ira y labilidad emocional el cual se presenta de forma exacerbada en la actualidad ante situaciones que son percibidas por ella como amenazantes o conflictivas y que se mantienen igualmente por reforzamiento positivo dada la obtención de ganancias como la atención y el seguimiento de sus instrucciones. Los contextos a los que se vio expuesta la consultante representaron un factor de vulnerabilidad frente a su primera relación de pareja, la cual se caracterizaba por eventos de maltrato hacia ella y donde AAA aprendió a recurrir a comportamientos agresivos para sobrevivir, exacerbándose aun mas su respuesta emocional ante situaciones consideradas como peligrosas para ella o que representan conflicto, las cuales se mantienen actualmente por reforzamiento positivo. Así, los diferentes eventos estresores a los que estuvo expuesta AAA no le permitieron el desarrollo de habilidades de regulación emocional y comportamientos asertivos, que afectan actualmente sus relaciones familiares y se convierten en un factor propicio para eventos de violencia intrafamiliar.

### PLAN DE INTERVENCION

Partiendo de la hipótesis explicativa planteada en el caso de la consultante se diseñó el siguiente programa de intervención el cual plantea como objetivos la comprensión de la consultante de su problemática, la disminución de la intensidad de sus emociones, la expresión adecuada de sus pensamientos y emociones, y la generación de espacios de interacción con sus hijas que le permitan poner en práctica las habilidades adquiridas y por ende el fortalecimiento de la relación con ellas, generando una mejora en su labilidad emocional

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Que la consultante logre comprender sus problemáticas	<u>SESIÓN 1</u> <u>Objetivo para la paciente:</u>

<p>actuales y el plan de intervención a seguir.</p>	<p>Lograr que la paciente comprenda las características de la problemática que presenta, los factores que han facilitado el desencadenamiento de la misma y los procesos involucrados en su permanencia en el tiempo.</p> <p><u>Objetivos para el terapeuta:</u> Explicar la Formulación del Caso a la consultante, para que ella comprenda los factores que explican su adquisición o desencadenamiento, mantenimiento y la relación funcional de las variables que están influyendo en su problemática. Dar a conocer el plan de intervención y el objetivo de cada una de las habilidades a desarrollar, con el fin que ella identifique cómo esto puede contribuir al manejo de las problemáticas identificadas en la formulación de caso explicada.</p> <p><u>Estrategia:</u> Psicoeducación.</p>
<p>La consultante logre una expresión adecuada de sus sentimientos y opiniones acorde con el contexto, presentando un decremento en su nivel de malestar emocional.</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>Disminuir la puntuación en las unidades subjetivas relacionadas con activación fisiológica. Disminuir la frecuencia de comportamientos de agresividad. Disminuir la puntuación en las unidades subjetivas de ira de 8 a 5 en una escala de 1 a 10. Disminuir la puntuación obtenida en el STAXI, a un centil de 60, puntuación promedio para la población.</p>	<p><u>SESIÓN 2</u></p> <p><u>Objetivo para la paciente:</u> Lograr que la paciente aprenda la técnica de la respiración diafragmática y la practique en su cotidianidad, así como que identifique la asertividad como una habilidad importante en sus relaciones sociales y especialmente en sus relaciones familiares utilizándola en su expresión de emociones, pensamientos y señalamientos a sus hijas.</p> <p><u>Objetivos para el terapeuta:</u> Realizar Psicoeducación sobre la técnica de la respiración diafragmática a fin que la consultante comprenda los principios teóricos y la técnica de la misma, así como que logre su práctica. Realizar psicoeducación sobre la asertividad y su importancia en el establecimiento de relaciones sociales y especialmente en sus relaciones familiares. Realizar ejercicios de asertividad, que permitan la práctica conductual de esta habilidad a través de los siguientes procedimientos: Instrucciones (o aleccionamiento), modelado, ensayo de conducta (el procedimiento base), retroalimentación y reforzamiento, y tareas para la casa (Caballo, 1997).</p> <p><u>Estrategias:</u> Psicoeducación, modelamiento, ensayo conductual, retroalimentación. Entrenamiento en asertividad dirigida a la interacción familiar.</p> <p>Trabajo en Casa: Práctica de la respiración profunda dos veces al día mañana y tarde durante cinco minutos. Práctica de la asertividad. Registros de práctica de la respiración profunda: Frecuencia (si la práctica o no) y satisfacción.</p>
<p>Que la Sra. AAA logre mejorar la interacción con sus hijas, con una mayor percepción de bienestar frente</p>	<p><u>SESIONES 3 A 9</u></p> <p><u>Objetivos para la paciente:</u> Lograr que la consultante identifique la importancia de programar actividades placenteras con sus hijas que fortalezcan la relación y donde ella haga uso de habilidades adquiridas.</p>

<p>a la relación</p> <p><u>Indicadores:</u> Incrementar las interacciones positivas entre la madre y las hijas, encuentros en los cuales se presente la obediencia y seguimiento de las indicaciones proporcionadas por la madre.</p>	<p><u>Objetivos para el terapeuta:</u> Realizar psicoeducación sobre la programación conductual y en el caso particular identificar las ventajas del uso de esta técnica en las relaciones con sus hijas. Realizar programación conductual de actividades placenteras con sus hijas y donde AAA utilice las habilidades adquiridas cuando realice señalamientos a las mismas.</p> <p><u>Estrategias:</u> Programación de actividades dirigida a la interacción familiar. Trabajo en Casa: Desarrollo de la programación.</p>
<p>Que la consultante logre disminuir su labilidad emocional frente a discusiones o interacciones negativas presentadas con su esposo e hijas.</p> <p><u>Indicadores:</u> Disminuir la puntuación en las unidades subjetivas de tristeza de 8 a 5 en una escala de 1 a 10. Disminución en la puntuación de la escala Beck para depresión de una puntuación de depresión alta a depresión leve.</p>	<p>Esto se da como resultados del entrenamiento en las habilidades de control de la activación, entrenamiento en asertividad y aumento de las interacciones adecuadas con sus hijas, ya que disminuirán las interacciones agresivas (castigo) y se fomentarán la presentación de conductas reforzantes (Refuerzo positivo).</p>

## Apéndice C

### Formato de consentimiento informado

#### **IDENTIFICACION**

Hoy \_\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_ con documento de identificación\_\_\_\_\_

#### **ACEPTACION VOLUNTARIA DE PARTICIPACION**

Acepto voluntariamente el proceso psicológico con la profesional \_\_\_\_\_ con formación en psicología clínica y candidatea al título de Especialista en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana.

Tengo conocimiento que las acciones que emprenderá la profesional en el marco de mi proceso terapéutico se regirán bajo la Ley 1090 de 2006 en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Adicionalmente, he sido informado y entiendo que toda la información que yo pueda proporcionar es estrictamente CONFIDENCIAL y solo se infringirá este principio si el profesional identifica que me encuentro en una situación de riesgo y mis acciones involucran el riesgo de un tercero.

Acepto voluntariamente que los resultados obtenidos de este proceso terapéutico sean socializados en el ámbito académico, siempre que tengan un fin exclusivamente educativo y su



divulgación se encuentre bajo la supervisión de la profesional encargada del proceso. Adicionalmente me informaron que en la posible divulgación de los resultados se protegerá mi identidad y no se revelará ninguna información que permita establecer relación conmigo.

Entiendo que participar en este proceso psicológico y en esta investigación no presenta ningún riesgo o peligro para mí o para alguna otra persona.

Comprendo que si tengo alguna duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él. Adicionalmente, el profesional se compromete a retroalimentar mi proceso y no tomar ninguna decisión fuera de mi autorización y consentimiento.

## **REVOCAION DE CONSENTIMIENTO**

En cualquier momento podré abandonar la investigación, informando de esto a la profesional \_\_\_\_\_

Firmas: \_\_\_\_\_

## Apéndice D

## Protocolo de interpretación Inventario de Asertividad de Rathus

Esta prueba mide **Asertividad**. Está compuesta por 30 ítems. Algunos de los ítems están planteados de manera positiva y otros de manera negativa. Tiene una escala que va de +3 a -3, distribuida de la siguiente manera:

- +3 Extremadamente descriptivo o muy característico de mi
- +2 Bastante característico de mi, bastante descriptivo
- +1 Algo característico de mi, moderadamente descriptivo
- 1 Poco característico de mi, poco descriptivo
- 2 Muy poco característico de mi, muy poco descriptivo
- 3 Casi nada descriptivo de mi, casi nada característico de mi.

A continuación se mencionan los numerales de los ítems redactados en forma positiva:

Ítem 3, 4, 6, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28 y 29.

Y los ítems redactados de forma negativa son:

Ítem 1, 2, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30.

Teniendo en cuenta lo anterior, se sacan las conclusiones para los ítems redactados de forma positiva, sumando y restando según como el consultante haya respondido a tales ítems.

Por ejemplo: ítem 3 = +3

ítem 4 = +1

ítem 6 = -3

ítem 7 = -2

Ítem 8 = +2 y así sucesivamente. La sumatoria realizada aquí es la siguiente:  $+3 +1 -3 -2 +2 = 1$ .

No necesariamente todas las veces la sumatoria resulta de forma positiva como en el anterior ejemplo, también se puede obtener un resultado negativo, como por ejemplo: -6. Si tal operación nos arroja resultados “positivos”, se puede concluir que la persona examinada posee repertorios que facilitan su interacción con los demás. Es importante resaltar que el mayor puntaje asciende a +42, dado que se está realizando una sumatoria de los ítems redactados de forma positiva (14 ítems de esta prueba).

Ahora, cuando este puntaje es menor que 10, se acerca a 0 (cero) o da un resultado “negativo” (por ejemplo, -20), la conclusión es que la persona posee déficits en habilidades comunicación, expresión de sentimientos positivos y negativos y otras habilidades avanzadas sobre las cuales es preciso identificar los ítems con puntajes negativos.

Y luego, utilizando el mismo procedimiento se realiza esta operación matemática con los ítems planteados (o redactados) de manera negativa, pero aquí se observará que la mayor puntuación es de +48 (teniendo en cuenta que encontramos 16 ítems planteados de esta manera), lo cual indica que la persona posee grandes dificultades con respecto a la expresión apropiada de sentimientos positivos y negativos y otras habilidades sociales.

Entre más cercano a 0 (cero) o cuando se obtenga una puntuación de -10, se plantea que la persona posee habilidades de comunicación básicas, pero que carece de hacer efectivas las avanzadas, para lo cual se propone entrenamiento en tales habilidades por medio de técnicas tan efectivas como las planteadas por el Aprendizaje Estructurado (Goldstein, 1983).

Es importante tener en cuenta que el aspecto cognoscitivo juega un papel fundamental en este proceso adquisición de las nuevas habilidades, por lo cual se hace evidente la necesidad de modificar tales pensamientos y conductas, por medio de reestructuración cognoscitiva (en el tipo de pensamiento específico que el paciente presente, como por ejemplo, confrontación de ideas irracionales), entrenamiento en asertividad (brindando información, es decir, los pasos) y en habilidades sociales avanzadas, tales como las de comunicación, expresión de sentimientos positivos y negativos, hacer respetar sus derechos, habilidades de cortejo (o las necesarias, según sea el caso); todo esto aclarando los pasos a seguir y por medio de juego de roles. Adicional a esto, es importante tener en cuenta que si el consultante maneja niveles altos de ansiedad, se recomienda trabajar con respiración diafragmática, relajación muscular profunda, autoinstrucciones y detención del pensamiento.