

Diseño, aplicación y evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual a corto plazo en parejas violentas

Claudia I. Parra-Ocampo,¹
Lady P. Tirano-Cárdenas,
Yohanna M. Bernal Rueda
*Fundación Universitaria Konrad Lorenz,
Colombia*

Resumen

El presente estudio tuvo como objeto diseñar y evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual breve, con el fin de disminuir las agresiones verbales y/o físicas, la reciprocidad negativa y aumentar la reciprocidad positiva; las variaciones se determinaron a través de autoregistros de frecuencia. La muestra estuvo conformada por cinco parejas que presentaban comportamientos violentos, las cuales fueron remitidas por los entes jurídicos. El estudio fue caso único de dos fases B-A y seguimiento a los 15 días. Los datos fueron analizados por la observación de gráficos de frecuencia, determinando media y desviación estándar. Los resultados mostraron que las agresiones físicas y verbales, así como la reciprocidad negativa, disminuyeron tras la fase de tratamiento, mientras que la reciprocidad positiva aumentó.

Palabras Clave: protocolo, cognitivo-conductual, violencia, agresiones, reciprocidad, pareja.

Abstract

The purpose of this study was to design and evaluate the effectiveness of a brief cognitive-behavioral treatment to reduce both verbal and/or physical aggression and negative reciprocity and increase positive reciprocity. Variations were determined by frequency self-records. The sample consisted of five couples who presented violent behavior. These couples were remitted by legal authorities. This was an unique case study developed in two phases -B-A and monitoring after 15 days-. Data were analyzed by observing frequency graphics, which determined the mean and standard deviation. The results showed that physical and verbal aggression as well as negative reciprocity decreased after the treatment phase. Meanwhile, positive reciprocity increased.

Keywords: Protocol, Cognitive-Behavioral, Violence, Aggression, Reciprocity, Couple.

Recibido: 16 de Marzo de 2015

Aceptado: 13 de Abril de 2015

1. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. Correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Claudia Isabel Parra Ocampo, Centro de Investigaciones de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Cra. 9ª Bis 62-43, Bogotá, Colombia. Dirección electrónica claudia.parra@konradlorenz.edu.co

Introducción

Ruiz, López, Hernández, Castañeda y Águila (2013), reportaron que la violencia de pareja en el transcurso de la historia ha sido un fenómeno general que se mantiene en casi todo el mundo. En la mayoría de países en donde se presenta violencia de género, ésta se manifiesta en violencia física, psicológica y/o sexual. Por esta razón, la comunidad internacional reconoce esta problemática como un aspecto relevante de salud pública a tratar, estudiar e intervenir, dado que genera elevados costos para la sociedad.

La prevalencia de esta problemática presenta variaciones; por ejemplo, en Europa occidental, es del 19,30%; en Asia oriental, del 16,30%; en África, uno de los continentes más afectados por la violencia de pareja, la prevalencia alcanza el 41,75% en África occidental y el 65,64% en África Central. Por su parte, en Latinoamérica, también se presenta violencia de pareja en gran proporción. Así bien, México presenta el 43%; Perú, el 40,8%; y Colombia, el 39%. En este último país, se reporta que la ciudad de Bogotá es en donde las mujeres sufren con mayor frecuencia algún tipo de violencia perpetrada por su cónyuge; específicamente, la violencia física asciende a un 39%; las amenazas, al 31%; y ejercer control por parte del esposo, al 67% (Devries et al., 2013; Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM], 2010 y Barón, 2010).

De acuerdo con las cifras mencionadas, se evidencia la presencia de violencia de pareja en gran parte del mundo; ésta se manifiesta mediante agresiones físicas, verbales y/o sexuales por parte de alguno de los cónyuges (Cáceres, 2011). Una de las características de esta problemática es que el nivel de la misma va aumentando en forma de escalada, iniciando por conductas como insultos, gritos, hasta reducir físicamente a la víctima (Walker, 2009). Además, es frecuente que se pase por los tres ciclos de violencia, a saber: la acumulación, en donde se suman las inconformidades y no se comunica de manera asertiva; el estallido, en donde se suscita la agresión y; por último, la reconciliación, en donde el agresor, por arrepentimiento, busca el perdón de su víctima, lo cual puede llevar a que esta última corra mayor riesgo al pasar el tiempo (Alonso, 2007; Arinero, 2006).

Este tipo de violencia produce efectos tanto dentro del entorno familiar, como en la sociedad; en la mujer, se pueden causar efectos físicos, como lesiones genitales, moretones y enfermedades de transmisión sexual e incluso la muerte. Es común que se presente un empeoramiento de las dolencias que se han contraído con anterioridad, un deterioro en la calidad de años de vida saludable, que se acompaña del

desarrollo de algunos trastornos como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos disociativos, inadaptación, trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, así como otras problemáticas como baja autoestima, sentimientos de vergüenza, dificultades en el patrón de sueño, fatiga permanente, inapetencia sexual y labilidad emocional. Por otra parte, los hijos que presencian eventos violentos presentan un bajo rendimiento académico, así como una disminución en las competencias sociales. De igual manera, se favorece el modelamiento para un aprendizaje de comportamientos agresivos, lo que los convierte en potenciales víctimas o victimarios en la adultez. En los hombres, se generan creencias relacionadas con los roles tradicionales de género y dependencia emocional hacia la mujer, por lo que se busca el control de la misma.

Gran parte de la sociedad colombiana acepta la violencia como medio para solucionar conflictos. En consecuencia, se tiende a permitir que los hombres ejerzan control sobre sus parejas, manteniendo relaciones de inequidad para la mujer. Se observa que los gastos de la violencia en Colombia ascienden a 7.5 billones de pesos por ingresos laborales que no se percibieron, 8.7 millones de salarios no recibidos y 54 mil millones de pesos anuales en servicios de salud (Ribero y Sánchez, 2004; Kendall-Tackett, 2009; González, 2012; Nelson, Bougatsos, y Blazina, 2012; Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo, y Zonderman, 2012; Klevens et al., 2012; Monson, Langhinrichsen-Rohling, y Taft, 2009 y Levendosky, Lannert, y Yalch, 2012).

De acuerdo con las cifras y los efectos mencionados, la psicología clínica se ha visto interesada en abordar la problemática, especialmente planteando tratamientos para su intervención; entre dichos tratamientos, se encuentran el Programa terapéutico de enfoque cognitivo conductual (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), el Programa de enfoque conductual de pareja de O' Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart y Murphy, (2004), la Guía para intervenir hombres violentos (Echeburúa, 2004), La Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia (López, 2009) y la Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (Rodríguez et al., 2008). Todos estos tratamientos son de larga duración, dado que comprenden más de 15 sesiones. De igual manera, también se han planteado intervenciones de corta duración, tales como: el Programa de

intervención individual para el trastorno por estrés postraumático (Labrador, Fernandez-Velasco, y Rincón, 2006), el Programa de tratamiento para mujeres maltratadas por su pareja (Cox y Stoltenberg, 1991), el Tratamiento de grupo para víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático y depresión (Monnier, Briggs, Davis y Ezzell, 2001), el Programa de intervención para violencia intrafamiliar dirigido a mujeres y el Programa dirigido a hombres maltratantes (Del Corral, 1999).

En los tratamientos de larga duración que comprenden más de 15 sesiones se aumenta la probabilidad de que ambos miembros de la díada abandonen la terapia psicológica, lo cual hace que el porcentaje de deserción sea del 30% al 60%, y la vinculación sea menos factible (Walter y Peller, 2013; Livacic-Rojas, Espinoza y Ugalde, 2004 y Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor, y Corral, 2010).

Por su parte, las intervenciones de corta duración se definen como un plan de tratamiento, en el cual se utilizan técnicas específicas para abordar una meta terapéutica en corto plazo, de cinco a diez sesiones. No obstante, el número de sesiones no se puede estandarizar ya que esto depende de la evolución del consultante y la problemática (Walter y Peller, 2013).

Específicamente, en la problemática de violencia de pareja, se podría aumentar la probabilidad de que los consultantes finalicen el proceso terapéutico; sin embargo, los actuales protocolos breves se orientan, al igual que los largos, a unos de los actores del conflicto, sin involucrar durante todo el tratamiento de manera permanente a los dos cónyuges. Lo anterior sugiere que el número extenso de sesiones y la priorización en uno de los consultantes sean las principales causas de abandono de los tratamientos

De acuerdo con lo mencionado, la terapia breve sería una respuesta para incrementar la posibilidad de realizar todo el tratamiento; sin embargo, para aumentar esta probabilidad, se debe incluir a ambos miembros de la díada, priorizando la pareja que se encuentra en conflicto y no a uno de sus integrantes.

Aunado a lo anterior, el foco de interés de esta investigación es diseñar e implementar un protocolo de terapia breve para violencia de pareja que involucre a los dos miembros en la terapia; con esto, se intentará mejorar las carencias de los anteriores protocolos y observar el efecto del mismo en las parejas con esta problemática.

Cabe mencionar que la investigación se inició en febrero del 2013 y se finalizó en diciembre del 2014, tiempo en el cual

se exploró el sustento teórico para soportar el estudio y se llevó a la práctica con el diseño y aplicación del protocolo. Dicho estudio pertenece a la línea de investigación de Ciencias del comportamiento en conceptualización, evaluación e intervención en psicología clínica, perteneciente al grupo de investigación en ciencias del comportamiento humano de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

El objetivo de esta investigación fue determinar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual breve en parejas violentas, el cual fue diseñado para esta investigación y pretende disminuir el nivel de agresiones físicas y/o verbales y la reciprocidad negativa, a la vez, que busca aumentar la reciprocidad positiva.

Método

Diseño

Se realizó un diseño de dos fases con seguimiento: tratamiento, retirada y seguimiento (B-A seguimiento), en el cual se efectuaron observaciones del comportamiento a través del tiempo. Fue necesario retirar el tratamiento para evaluar si hubo un efecto de aprendizaje de las herramientas brindadas durante la intervención. Durante esta fase, se realizó la medición de la conducta para observar si se incorporaron las habilidades o no (Kazdín, 2001).

Participantes

Los participantes del estudio fueron cinco parejas heterosexuales, residentes en la ciudad de Bogotá, que presentaban uno o más episodios de agresiones físicas y/o verbales; en estas parejas, el hombre era el perpetrador de la violencia física y, en todos los casos, estos habían sido remitidos por los entes jurídicos. Cabe anotar que la violencia de pareja se encuentra penalizada en Colombia y puede ser denunciada por la víctima o por otra persona en las comisarías de familia; éstas se encuentran en cada una de las 19 localidades de la ciudad de Bogotá y/o en la fiscalía general de la nación. Estos entes remiten a una dependencia denominada Centro de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar (CAVIF), para la vigilancia del proceso. Para esta investigación, las parejas intervenidas fueron remitidas de la Comisaría XVI de la Localidad de Puente Aranda, la Comisaría II de la Localidad de Kennedy y el Centro de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar (CAVIF).

Instrumentos

Se aplicó la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), cuyo objetivo es identificar el consumo (bajo, moderado o alto) de alcohol, tabaco y/o sustancias (Pérez-Moreno, Calzada-Álvarez, Robira-Guardiola y Torricos-Linares, 2012). Dicha prueba fue aplicada a cada uno de los miembros de la díada, con el fin de determinar el criterio de exclusión, el cual era tener problemas de consumo de sustancias psicoactivas de nivel moderado – alto, de acuerdo con la puntuación reflejada de la escala OMS – ASSIST V3.0. También, se realizó la entrevista psicológica abierta, la cual se conformó por preguntas abiertas. A través de ésta, se buscó obtener información con respecto a los eventos de violencia; se utilizaron cuatro autoregistros de frecuencia de agresiones físicas (empujones, zarandeos, patadas, puños cachetadas, halar el cabello, escupir, pegarle con objetos, agredirla con armas, arrastrarla por el piso); agresiones verbales (gritos, lenguaje soez, amenazas); reciprocidad positiva (detalles con el otro, expresar palabras amorosas al otro, tiempo agradable en pareja, comentarios agradables); y reciprocidad negativa (silencios de un día o más después de una discusión, descalificar al otro con gestos y palabras, hacer actividades que mi pareja sabe que me molestan, distanciamiento de la pareja). Por último, se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el cual consta de 25 ítems, en donde se referencia información relevante de los consultantes.

Procedimiento

Se diseñó el protocolo de intervención de terapia breve, el cual fue evaluado por jueces que lo revisaron y retroalimentaron. Se continuó con el reclutamiento de la muestra, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, de acuerdo al reporte efectuado por los entes judiciales, particularmente el Centro de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar, la Comisaría XVI de la Localidad de Puente Aranda y la Comisaría II de la Localidad de Kennedy, de la ciudad de Bogotá, instituciones que remitieron a los participantes. Una vez se asignaron los consultantes al terapeuta encargado, se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) y se revisó la remisión del ente jurídico para determinar si tuvieron antecedentes disciplinarios. De esta manera, se pudo establecer si los participantes cumplen con los criterios de inclusión; luego, se procedió al diligenciamiento del consentimiento informado para la participación

de las parejas. Posteriormente, se realizó la entrevista, con el fin de identificar la pertinencia o no de los consultantes en la mencionada investigación. Una vez seleccionada la muestra, se realizó la aplicación del protocolo diseñado para esta investigación, el cual consta de ocho sesiones. Luego, se analizaron los datos a través de la observación de la conducta; esto se realizó mediante la comparación de los gráficos que se obtuvieron de los autorregistros de frecuencias y el establecimiento de la diferencia de las medias y la desviación estándar. El análisis de esta última se llevó a cabo con el fin de observar qué tanto se dispersan los datos con respecto a la media, indicando las variaciones de las fases y teniendo en cuenta la tasa promedio de respuesta (Kazdín, 2001). Por último, cabe mencionar que se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas contempladas en la Ley 1090 de 2006.

Resultados

Características de las parejas

Las características sociodemográficas de los participantes fueron las siguientes: cinco parejas heterosexuales con unión marital de hecho, las cuales se encontraban laborando, una de ellas de manera independiente y las otras cuatro como empleados; dos de las parejas pertenecen a estrato socioeconómico 3; y tres de ellas, a estrato socioeconómico 2; las edades, tanto de hombres como de mujeres, oscilan entre los 25 y los 35 años; el grado de escolaridad es de educación básica primaria para la pareja 2, educación básica secundaria para la pareja 5 y educación secundaria inconclusa para las parejas 1, 3 y 4. Tres de las parejas profesan la religión cristiana y 2, la religión católica. En cuanto al número de hijos, la pareja 1 tiene dos hijos de la unión y el consultante tiene otro hijo de una relación anterior, la pareja 2 tienen cinco hijos, la pareja 3 tiene dos hijos en común y ella tiene tres hijos de uniones anteriores, la pareja 4 tiene cuatro hijos y; por último, la pareja 5 tiene tres hijos.

Resultados tras la aplicación del tratamiento

Al comparar las variables tras la aplicación de las fases (B-A), se observan cambios en las variables dependientes, dado que tanto las agresiones físicas y verbales, como la reciprocidad negativa, disminuyeron; así mismo, la reciprocidad

positiva aumentó en las parejas, tanto en la fase de intervención (B), como en la fase de retirada (A) y durante el seguimiento. Por otro lado, la reciprocidad negativa disminuyó durante la intervención y el seguimiento; lo anterior se obtiene de acuerdo con los autorregistros de frecuencia diligenciados por los consultantes, a través de los cuales se observa la tendencia de los datos.

En el apéndice A, se presenta la variable dependiente de agresiones físicas obtenidas a partir de los registros llevados por las parejas. Se observa que la pareja 1 no presentó agresiones durante el proceso, las parejas 2, 4 y 5 registraron, en la primera sesión, agresiones por parte de los hombres, pero éstas disminuyeron hasta cero en las sesiones posteriores. En el caso de la pareja 3, se registraron agresiones en la primera sesión, con reaparición en la fase de retirada, según lo reportado por el consultante. Además, ninguna de las mujeres agredió físicamente a su pareja.

En el apéndice B, se presenta la variable dependiente de agresiones verbales; éstas fueron más frecuentes que las de tipo físico en los casos analizados. La pareja 1 no presentó agresiones verbales durante el estudio. Por su parte, las parejas 2, 4 y 5 mostraron una tendencia descendente en la frecuencia de las conductas de agresión verbal durante el tratamiento, especialmente por parte de los hombres, quienes presentan frecuencias iniciales más altas; en lo que respecta a la pareja 3, se presenta un episodio de este tipo de agresión por parte de la mujer. En el caso de las parejas 2 y 3, la fase de retirada muestra la continuidad de la tendencia descendente, hasta llegar a frecuencias iguales a cero.

En el Apéndice C la variable dependiente de reciprocidad positiva presentó una tendencia al aumento en la frecuencia durante la fase de intervención. Por otra parte, en las parejas con datos de fase de retirada y seguimiento completos, se mantiene la frecuencia de la reciprocidad positiva, excepto en la pareja 2, donde se presenta una tendencia descendente en la retirada.

En el apéndice D, la variable dependiente de reciprocidad negativa presentó una tendencia descendente a lo largo de la fase de intervención, tanto en hombres como en mujeres, en todas las parejas del estudio. En las parejas 1 y 3, se mantuvieron bajas frecuencias de reciprocidad negativa durante la fase de retirada y seguimiento, mientras que en la pareja 2, se observa una tendencia ascendente en la frecuencia de la reciprocidad negativa y el seguimiento.

Discusión

De acuerdo con la definición propuesta por Cáceres (2011), la cual se adoptó para la investigación, la violencia de pareja se entiende como los comportamientos agresivos físicos, verbales y/o sexuales de alguno de los miembros de la diada contra el cónyuge. Los dos primeros (comportamientos agresivos verbales y físicos) fueron objeto de estudio en este caso, pues la violencia sexual requiere una intervención especializada y la debe regular el Centro de Atención e Investigación a Víctimas de la Violencia Sexual (CAIVAS).

La investigación tuvo como objetivo determinar la eficacia de un tratamiento breve cognitivo-conductual en parejas violentas, elaborado por las autoras de este estudio. Con este tratamiento, se pretendió disminuir el nivel de agresiones verbales y/o físicas, así como la reciprocidad negativa, a la vez que se buscaba aumentar la reciprocidad positiva. Tras la aplicación del protocolo, se encontró que las conductas violentas, como las agresiones físicas y verbales, al igual que la reciprocidad negativa, disminuyeron; en cuanto a la reciprocidad positiva, se logró aumentar las conductas de esta variable.

Específicamente, se evidencia una reducción en lo que respecta a las conductas agresivas de los consultantes. Este aspecto puede estar relacionado con la intervención de las creencias asociadas a los roles tradicionales de género; se plantea un tipo de relación en el cual la diada deja de creer que el hombre tiene derecho sobre la mujer, lo que da como consecuencia una relación más equilibrada frente al manejo de roles y el ejercicio del poder que se presenta en la pareja (Ruiz et al., 2013).

En concordancia con lo anterior, se realizó el contrato y se mencionaron las conductas alternativas, produciendo un efecto en el comportamiento agresivo de los consultantes (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2010). Dicho comportamiento se disminuyó y se reafirmó en dirección a la nueva concepción de los roles de cada uno de los miembros de la diada, logrando con esto una interacción menos hostil. Por ende, se pudo reducir la reciprocidad negativa. Esto hace que se generen reforzadores gratificantes que impactan y llevan a acciones agradables por parte del otro, lo cual conduce al incremento de la reciprocidad positiva en la pareja (Hurtarte y Díaz-Loving, 2008).

Como resultado, se observa un aumento de la reciprocidad positiva; esto se logró a partir del incremento de las tasas de reforzadores gratificantes entre los cónyuges, lo que

produjo comportamientos como los siguientes: expresar palabras amorosas, compartir tiempo agradable en pareja y tener detalles con el otro. En consecuencia, la reciprocidad negativa disminuyó, con excepción de la pareja 2, caso en el cual se presentó una estimulación aversiva en la pareja; esto incrementó las respuestas negativas en la misma, tal como plantean Hurtarte y Díaz-Loving, (2008) en el concepto de reciprocidad negativa.

Resulta oportuno mencionar que las parejas 2, 3 y 4 estuvieron expuestas a violencia de pareja en la infancia y a un modelamiento de una interacción violenta entre cónyuges, lo que se relaciona con un aumento de la probabilidad de ejercer violencia o ser víctima de la misma. Esto hace referencia a lo expuesto por Ibaceta (2011) y Romero (2010), quienes mencionan que de la violencia de pareja, se desprende un tipo de aprendizaje de modelos violentos de parentalización, en el cual los hijos de la pareja copian los comportamientos hostiles o de sumisión que posteriormente van a repetir en sus relaciones conyugales (Charlette, Nongkynrih y Gupta, 2012).

Es oportuno detallar el comportamiento de las variables dependientes en cada díada intervenida. Aunque la tendencia fue que las agresiones físicas, verbales y reciprocidad negativa disminuyeran y la reciprocidad positiva aumentara a nivel general, es importante mencionar las particularidades de cada una.

Así bien, aunque la pareja 2 presentó una reducción de este comportamiento en la fase de intervención, éste se incrementó nuevamente en la fase de retirada, lo que se mantuvo durante el seguimiento. Lo anterior obedece a una situación en la cual la esposa encontró varios mensajes comprometedores de su esposo con otra mujer en el celular; esto generó un intercambio de estimulación aversiva entre los cónyuges, específicamente mantenían silencios de más de un día después de las discusiones. Esto produjo un distanciamiento en la pareja, comportamiento que se mantuvo durante la fase de retirada (A) y de seguimiento.

Con respecto al ciclo de la violencia, que consta de tres fases (acumulación, estallido y reconciliación), se puede evidenciar que la fase de reconciliación desapareció en la pareja 4 y, con el tiempo, el grado de violencia aumentó; por ende, la víctima se encontró en mayor riesgo cuando se presentaron estos eventos violentos en la historia de la relación (Alonso, 2007; Arinero, 2006). De igual manera, la escalada de violencia, la cual inicia por conductas como insultos, gritos, empujones, bofetadas, hasta reducir físicamente a la

víctima (Walker, 2009), se presentaba en esta misma pareja. De hecho, reportaron que la violencia se inició en la etapa del noviazgo, con agresiones verbales, y se fue incrementando, con zarandeos y empujones, hasta amenazar a la víctima con objetos corto punzantes; esto último sucedió 6 meses antes de la intervención.

Walker (2009) plantea que la violencia de pareja inicia con agresiones poco frecuentes, hasta incrementar tanto la frecuencia como la intensidad de las mismas, tal como sucedió con la pareja 4. Por otro lado, se identificó que, en la pareja 1, no existían eventos previos al episodio violento que causó la denuncia: el hombre abofeteó a la mujer. Con el fin de impedir una escalada en esta pareja, se hizo necesario intervenir a los consultantes de la díada con el protocolo diseñado para esta investigación.

Por otra parte, la pareja 3 reportaba una historia de eventos violentos desde la etapa del noviazgo. El consultante manifestaba que dichas conductas se presentaron en relaciones anteriores. Cabe mencionar que este comportamiento violento se puede aumentar y replicar en las diferentes relaciones. Tal como lo plantea Romero (2010), el hecho de que el victimario haya ejercido violencia con parejas anteriores o la víctima haya sido violentada en antiguas relaciones, incrementa la probabilidad de repetir o recibir los ataques en etapas posteriores de la vida o con nuevas parejas. Esto pone en mayor riesgo a la víctima, pareja actual del consultante, dado que los efectos de las agresiones físicas disminuyeron notablemente su calidad de vida. Específicamente, los comportamientos violentos por parte del esposo le generaron problemas de salud (dolores crónicos y hematomas) a la víctima. Así, se comprueba lo mencionado en torno a que los efectos físicos de la violencia de pareja generan algunas consecuencias para la salud, las cuales pueden ser el desarrollo de enfermedades físicas como; por ejemplo, dolores crónicos, hematomas, dolores gastrointestinales y ginecológicos (Aguirre et al., 2010; Kendall-Tackett, 2009 y González, 2012).

Adicionalmente, con esta pareja se observó una disminución de las agresiones físicas y verbales durante la fase de intervención. Esto pudo obedecer a que el consultante dejó de normalizar y minimizar los eventos violentos hacia su cónyuge, llegando a buscar otras alternativas para solucionar los conflictos. Posteriormente, al finalizar la fase de intervención y al iniciar la fase (A), se presentaron eventos de agresiones verbales reportadas por los consultantes. La mujer elevó el tono de voz al ser desautorizada por el esposo con respecto a los hijos; y luego, al finalizar el

tratamiento, respondió a la agresión verbal de su pareja de la misma manera. Al respecto, mencionó que usó este tipo de agresión como defensa y con el fin de finalizar el conflicto, aunque reconoció que en lugar de solucionarlo lo empeoró. De igual manera, la consultante manifiesta que dejó de creer que el hombre tiene derecho sobre ella y que sus opiniones son igual de válidas a las de él, para generar una relación más equilibrada frente al manejo de roles y el ejercicio del poder que se presenta en la pareja. Cabe anotar que, durante la fase de seguimiento, no se reportan eventos violentos (Ruiz et al., 2013).

En cuanto a la reciprocidad positiva, los miembros de la pareja 1 permanecían juntos gran parte de la semana; por ende, reportaron que compartían varios momentos juntos. Al iniciar el proceso, pudieron establecer que a pesar de que trabajan juntos, no compartían tiempo agradable, y las palabras amorosas y detalles eran mínimos debido a que tenían otros roles que desempeñar en estos espacios.

Por otro lado, se encontró que las mujeres participantes presentaban un grado de escolaridad básico (entre primaria y secundaria), con edades que oscilaban entre los 25 y los 35 años. Esto concuerda con lo reportado por Preciado, Torres y Rey (2010), quienes señalan que la violencia de pareja en Colombia, tiene mayor prevalencia en mujeres con educación básica y se presenta en jóvenes entre los 16 y los 35 años.

Igualmente, se evidenció en la investigación que las mujeres participantes se encontraban laborando y devengaban un salario estable, lo que les permitía solventar sus gastos y los de sus hijos, sin tener que depender económicamente de su cónyuge. Esto se contrapone a lo planteado por Ruiz et al. (2013), quienes mencionan que la dependencia económica de las mujeres hacia los hombres favorece el desarrollo y la justificación de eventos violentos.

Dentro de las dificultades del proceso, se encontró que al realizar la fase de retirada y seguimiento, las parejas 4 y 5 no se presentaron. Debido a esto, se realizó contacto telefónico, en el cual mencionaron que no asistirían por cuestiones laborales y económicas. También, manifestaron que no se habían suscitado eventos de violencia, pero esto no se registra en las gráficas pues no se cuenta con autorregistros que permitan confrontar la información.

Al evaluar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual breve e intervenir las agresiones físicas y/o verbales, reciprocidad negativa y positiva en parejas violentas, se evidencia que la frecuencia de los comportamientos

cambiaron. De hecho, las agresiones físicas disminuyeron si se tiene en cuenta que al iniciar el proceso hubo parejas que obtuvieron 6 frecuencias en una semana, y tras la intervención, la conducta disminuyó a 0. Así mismo, al inicio, se obtuvieron hasta 7 emisiones de agresión verbal, pero esta conducta disminuyó a 0 en las fases de intervención y retirada. Por otra parte, la reciprocidad negativa decrementó de 21 frecuencias a 1. Por último, la reciprocidad positiva aumentó de 5 a 25 frecuencias. Así, tras la aplicación del protocolo, se observa que éste logró cumplir con el objetivo de acuerdo con lo observado en los autorregistros de frecuencia diligenciados por los consultantes.

Una de las principales limitaciones de la investigación es el tamaño de la muestra para generalizar los datos. Por otra parte, este tipo de problemática no permite establecer una línea de base previa a la intervención dado que se debe esperar a que se estabilice para iniciar el proceso, lo cual pone en riesgo la vida de la víctima. De acuerdo a los criterios que se utilizan en los diseños de caso único, para iniciar la fase de intervención en una investigación, la línea de base se debe estabilizar en amplitud, nivel o tendencia; pero no existe un periodo que determine dicha estabilización. Por lo anterior, puede pasar cierto tiempo para que se cumpla con esta especificación, lo que no permite garantizar la integridad de la víctima. De igual manera, el hecho de que los consultantes fueran remitidos por entes jurídicos puede tener un efecto en la variable dependiente, pues pueden tener pena privativa de la libertad al presentarse un evento violento. Así mismo, la limitación del tiempo no permitió realizar una fase de retirada más extensa que posibilitara mostrar si se efectuaban cambios tras la intervención.

Se espera que la investigación de la que derivó el presente artículo inquiete a los profesionales para realizar estudios sobre esta problemática, que es de gran prevalencia en el contexto colombiano. Se propone que, a futuro, se realice la intervención propuesta por esta investigación con diseño de grupos, para así determinar cuáles son los efectos tras esta aplicación.

De igual manera, es necesario realizar una investigación, aplicando este protocolo y utilizando un diseño que permita mostrar la conducta antes y después de la intervención. Lo anterior, porque en este estudio, se contó con los datos de la denuncia; pero estos no son suficientes para establecer una línea de base válida, lo que impide determinar los cambios que se pueden realizar tras la aplicación de la intervención. Sin embargo, es necesario tener en cuenta las consideraciones éticas para garantizar el bienestar de los consultantes

y cumplir con las conformidades que plantea la Ley 1090 en cuanto a la investigación con los sujetos humanos. Si se establece la línea de base, se pueden plantear los criterios de cambio para cada pareja de acuerdo a la dinámica de su comportamiento y determinar el efecto que éste tiene en cada pareja tras la intervención.

Adicional a lo anterior, se sugiere, para evaluar la adherencia terapéutica, aplicar el tratamiento a parejas remitidas por entes jurídicos versus parejas que asistan voluntariamente; del mismo modo, se aconseja hacer trabajos comparativos de protocolos de terapia larga y protocolos de terapia breve.

Con el ánimo de identificar la eficacia del formato individual o grupal de la intervención en esta problemática, se propone observar los efectos de estas terapias en esta población.

Finalmente, teniendo en cuenta las características específicas del presente estudio, se pretende promover futuras investigaciones en cuanto a las intervenciones propias en el campo de la violencia de pareja y, de este modo, fomentar el aumento de estrategias de prevención, evaluación e intervención para disminuir esta problemática.

Referencias

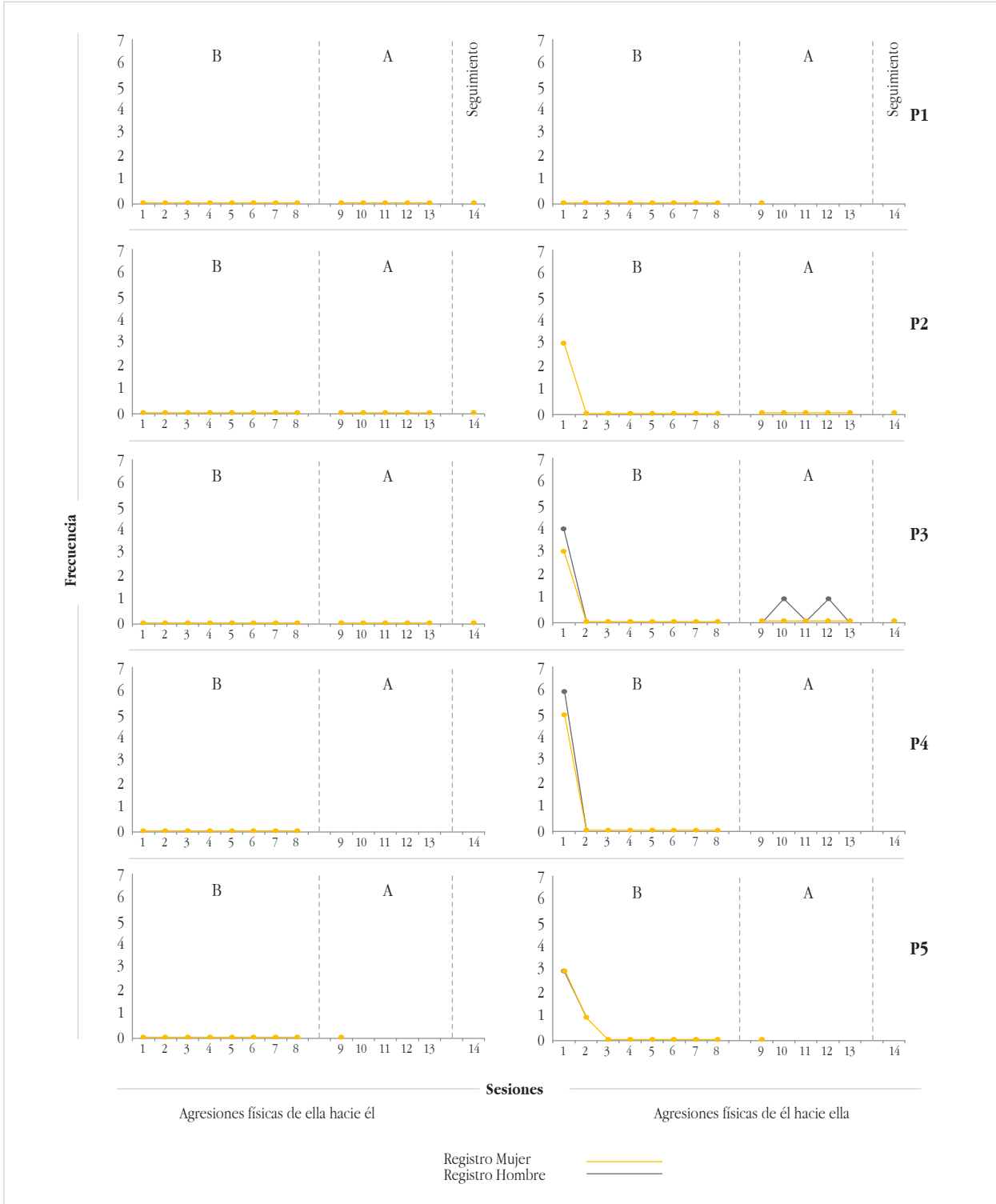
- Aguirre, A., Félix, S., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón P., Troncoso, P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena Neuro-psiquiatria*, 48 (2), 114-122.
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. [Tesis Doctoral]., España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológica para víctimas de violencia doméstica*. [Tesis Doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29611.pdf>
- Barón, J. (2010). *La violencia de pareja en Colombia y sus regiones*. Bogotá: Banco de la República de Colombia.
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B. & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75 (6), 959-975.
- Cáceres, E. (2011). *Tratamiento psicológico centrado en el trauma en mujeres víctimas de violencia de pareja*. [Tesis Doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/13882/1/T33357.pdf>
- Charlette, S. L., Nongkynrih, B. & Gupta, S. K. (2012). Domestic violence in India: Need for public health action. *Indian journal of public health*, 56 (2), 140.
- Cox, J. W. & Stoltenberg, C. D. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6 (4), 395-413.
- Del Corral, P. (1999). Programas de intervención para la violencia familiar. *Boletín Criminológico*, 1 (40), 1-4.
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G. & Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340 (6140), 1527-1528.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (PP. 73-175). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor P. y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 403-420.
- González, M. (2012). *Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención*. [Tesis doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/16421/1/T33906.pdf>
- Hurtarte, C. A. y Díaz-Loving, R. (2008). Comunicación y Satisfacción: Analizando la Interacción de Pareja. *Psicología Iberoamericana*, 16 (1), 23-27.
- Ibaceta, F. (2011). Violencia en la Pareja: ¿Es Posible la Terapia Conjunta? *Terapia Psicológica*, 29 (1), 117-125.
- Kazdín, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson.
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: a psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: theory, research, practice, and policy*, 1 (1), 35-48.

- Klevens, J., Kee, R., Trick, W., Garcia, D., Angulo, F. R., Jones, R. & Sadowski, L. S. (2012). Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA*, *308* (7), 681-689.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. y Muñoz, M. (2010). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F., Fernández-Velasco R. y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6* (3), 527-547.
- Levendosky, A. A., Lannert, B. & Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: An attachment perspective. *Psychodynamic psychiatry*, *40* (3), 397-433.
- Ley 1090 (6 de septiembre de 2006). *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones*". Diario Oficial, 46383
- Livacic - Rojas, P., Espinoza, M. y Ugalde, F. (2004). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la prevención de la delincuencia juvenil. Un programa de habilidades sociales en ambientes educativos. *Terapia Psicológica*, *22*(1), 83-91
- López Angulo, L. (2009). Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia: Una propuesta de indicadores. *Medisur*, *7*(5), 62-83.
- Monnier, J., Briggs, E., Davis, J. & Ezzell, C. (2001). Group treatment for domestic violence victims with posttraumatic stress disorder and depression. *Innovations in clinical practice: A source book*, *19* (1), 113-128.
- Monson, Langhinrichsen-Rohling. & Taft (2009). Sexual Aggression in Intimate Relationships. In Daniel, O., Y Erica, M. W. (Eds.), *Psychological and Physical Aggression in Couples. Causes and Interventions*. Washington, D.C: American Psychological Association Press
- Nelson, H. D., Bougatsos, C. & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of internal medicine*, *156* (11), 796-808.
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals-Stewart, W., & Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couplesbased alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72* (2), 202-217.
- Pérez Moreno, P., Calzada Álvarez, N., Rovira Guardiola, J. y Torrico Linares, E. (2012). Estructura factorial del test ASSIST: aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *Trastornos Adictivos*, *14* (2), 44-49.
- Preciado, P., Torres, N. y Rey, C. (2010). Mujeres que finalizaron una relación maltratante, características de personalidad, psicopatológicas y sociodemográficas. *Universitas Psychologica*, *1* (11), 43-54.
- Ribero, R. y Sánchez, F. (2004). *Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia, Documento CEDE 2004-44*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Rodríguez, M., Pérez, E., Moratilla, L., Pires, M., Escartell, E., Lashero, L., ... Lopez, S. (2008). *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja para las mujeres*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Romero, I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en Torno al Tratamiento. *Terapia Psicológica*, *19* (2), 191-199.
- Ruiz, M., López, L., Hernández, Y., Castañeda, E. y Águila, Y. (2013). Caracterización de las mujeres maltratadas por su pareja desde la perspectiva de género. *Medisur*, *11* (1), 15-26.
- Servicio Nacional de la Mujer. (2010). *Violencia Intrafamiliar en Cifras*. Recuperado de http://www.sernam.cl/descargas/plan_nacional_vif.pdf
- Walker, L. E. (2009). *The Battered Women Syndrome*. (3º. ed). New York: Brunner-Routledge.
- Walter, J. y Peller, J. (2013). *Becoming solution-focused in brief therapy*. *Routledge. terapia breve*. New York: Brunner-Routledge

Apéndices

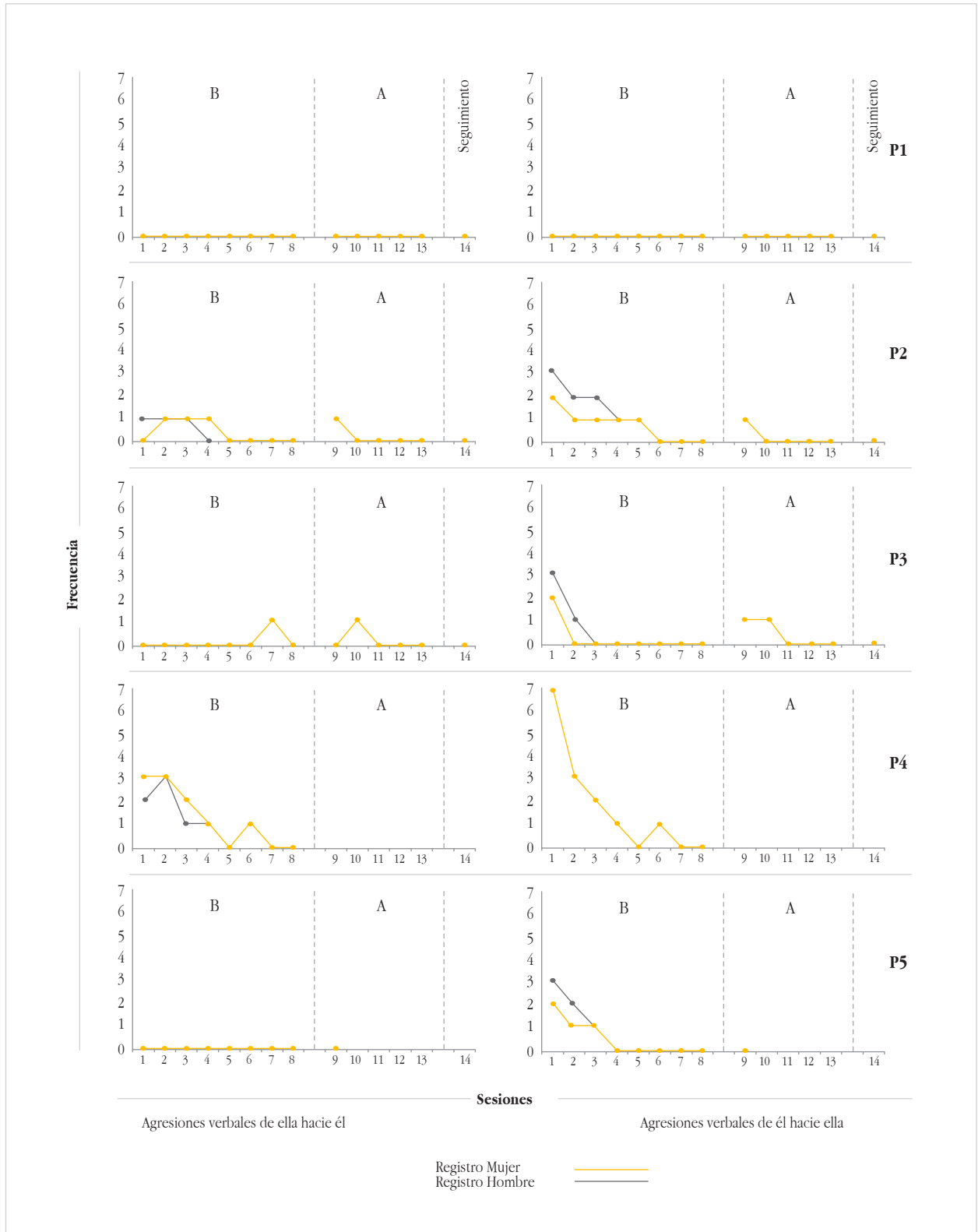
Apéndice A

Frecuencia de agresiones físicas por pareja.



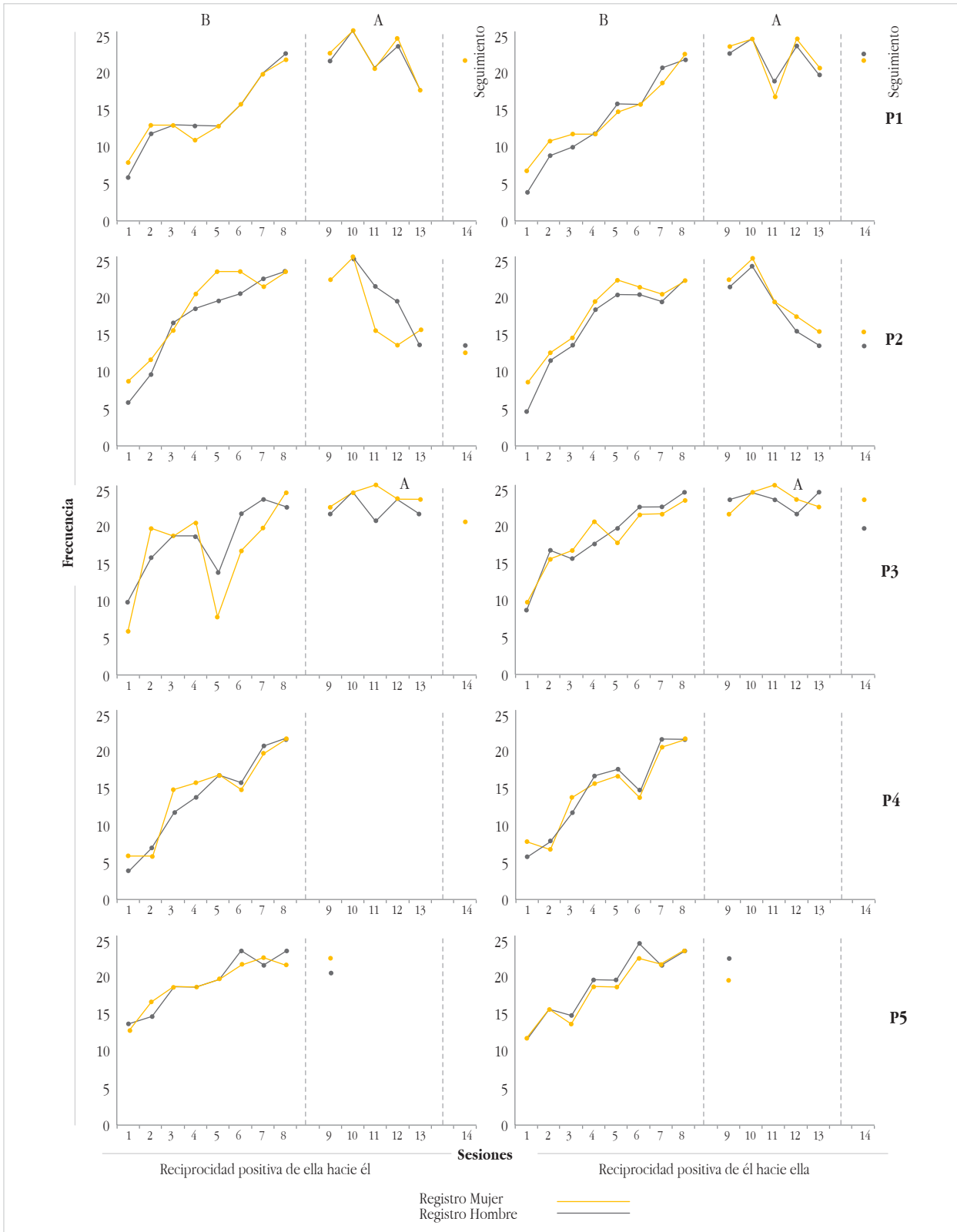
Apéndice B

Frecuencia de agresiones verbales por pareja.



Apéndice C

Frecuencia de reciprocidad positiva por pareja.



Apéndice D

Frecuencia de reciprocidad negativa por pareja



