

**Universidad Iberoamericana**

**- UNIBE -**

**Escuela de Psicología**



**Universidad de Salamanca**

**- USAL -**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**“CÓMO LA INTERVENCIÓN CLÍNICA PUEDE AYUDAR A MUJERES CON BAJA  
AUTOESTIMA QUE HAN SALIDO DE UNA RELACIÓN DE PAREJA CON ABUSO  
EMOCIONAL”**

Sustentante

**Giselle Ureña Pérez**

Asesor

Gloriannys Báez

Junio, 2023

Santo Domingo, República Dominicana

**“CÓMO LA INTERVENCIÓN CLÍNICA PUEDE AYUDAR A MUJERES  
CON BAJA AUTOESTIMA QUE HAN SALIDO DE UNA RELACIÓN  
DE PAREJA CON ABUSO EMOCIONAL”**

Giselle María Ureña Pérez

22-1086

Master en Intervención en Psicoterapia

UNIBE – USAL

**Notas del autor**

La Correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Giselle María Ureña Pérez,  
Escuela de Graduados, Universidad Iberoamericana (UNIBE), Av. Francia No. 129, Gazcue,  
Santo Domingo, Rep. Dom. E-mail: [giselleup@yahoo.com](mailto:giselleup@yahoo.com)

Junio, 2023

Santo Domingo, República Dominicana.

## Contenido

Índice de tablas .....	4
Resumen.....	5
Método .....	13
Participantes.....	13
Instrumentos.....	13
Análisis de datos .....	16
Resultados y Discusión.....	18
Pre test.....	18
Escala de Autoestima de Rosenberg .....	18
Test de Apercepción Temática .....	18
Presentación caso Mariposa 1 .....	21
Presentación caso Mariposa 2 .....	26
Intervenciones Individuales .....	34
Objetivos Terapéuticos.....	35
Cambios Post Intervenciones.....	44
Limitaciones.....	48
Recomendaciones .....	49
Referencias.....	50
Anexos .....	60
Anexo A: Certificación en Ética de Investigación.....	60
Anexo B: Autorización Fundación Mariposas .....	61
Anexo C: Consentimiento Informado .....	62
Anexo D: Programa de intervención.....	64
Anexo E: Genograma Mariposa 1.....	66
Anexo F: Genograma Mariposa 2.....	67
Anexo G: Escala de Autoestima de Rosenberg.....	68
Anexo H: Test de Apercepción Temática.....	69

**Índice de tablas**

Tabla 1. Resultados Escala de Autoestima por Participantes..... 18

Tabla 2. Resultados Post Escala de Autoestima de Rosenberg. ....45

### Resumen

El presente estudio es una investigación cualitativa, de tipo narrativa, con enfoque fenomenológico, de diseño no experimental, el cual tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la intervención clínica basada en la aplicación de técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y de la Terapia Centrada en Soluciones, para aumentar el nivel de autoestima de mujeres víctimas de violencia de sus parejas. La muestra estuvo compuesta por dos mujeres, residentes en Santo Domingo, República Dominicana, que habían abandonado la relación conyugal por abuso o violencia psicológica. Se aplicó el Test de Rosenberg, pre y post intervenciones y el Test de Apercepción Temática (TAT) como instrumentos de análisis. Las intervenciones fueron realizadas en siete sesiones de 90 minutos cada una, las cuales arrojaron resultados positivos en torno al aumento de la autoestima de las participantes, por lo tanto, se comprueba la eficacia de la aplicación de las técnicas de las Terapias Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones, para lograr cambios en la autoestima de mujeres con abuso emocional a través de la intervención clínica. Dichos cambios fueron evidenciados a través de los resultados de los instrumentos de uso, escala de medición de autoestima de Rosenberg, el cual arrojó resultados de puntuación EAR pre intervenciones de 18 a 28 post intervenciones y de 22 a 30 respectivamente para la participante uno y dos. El análisis de los resultados del Test de Apercepción Temática (TAT), la actitud cambiante, las respuestas a preguntas y narraciones de cada participante al final del programa de intervenciones, evidenciaron que los objetivos terapéuticos fueron cumplidos y a través de los cambios obtenidos, se comprueba la hipótesis de que la mujer víctima de abuso emocional, tiene baja autoestima, la cual puede ser modificada a través de adecuadas terapias en intervenciones clínicas.

**Palabras claves:** *Violencia psicológica, violencia conyugal, abuso emocional, autoestima, trauma, intervenciones, Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Centrada en Soluciones.*

## **Cómo la intervención clínica puede ayudar a mujeres con baja autoestima que han salido de una relación de pareja con abuso emocional**

La violencia es considerada un problema mundial que no distingue edad, género, raza, cultura, educación o economía, siendo resultado de aspectos propios de cada persona, así como de su contexto familiar, social e historia de vida. Por su complejidad, ya sea directa o indirectamente, afecta a todos de una manera u otra y embiste a los miembros más vulnerables de la sociedad, como las mujeres (Echeburúa, 2018 y OMS, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (2002, p.5)

La violencia conyugal hace referencia al abuso de poder por parte de uno de los miembros de la pareja, con la finalidad de amedrentar, minimizar, anular o controlar, ya sea física, psicológica, moral o intelectualmente a su cónyuge. Aunque la violencia se puede ejercer tanto por el hombre como por la mujer, se sabe que esta última es la principal víctima de violencia de pareja (Almonacid, Mena, Palma, Razeto y Zamora, 1996). En este sentido, Echeburúa y Muñoz (2016) refieren que más allá del daño físico a causa de la violencia de pareja, existe un sutil pero impactante y trascendental perjuicio, el psicológico, el cual genera efectos nocivos para la estabilidad e integridad física y emocional de la mujer; la severidad de los daños será mayor si es una violencia persistente en el tiempo (Echeburúa, 2018).

Algunos autores destacan que la violencia conyugal, puede manifestarse de diferentes formas, a saber: violencia física, mostrada por agresiones físicas como golpes, empujones,

bofetadas, jamaqueos, arañazos, patadas, lanzamiento de objetos y heridas con armas largas, cortopunzante, de fuego, entre otras: la violencia psicológica, refiriéndose a amenazas, uso de un lenguaje soez, intimidación, coerción, control, aislamiento, prohibiciones, humillación, críticas descalificadoras; violencia sexual, que consiste en tocar o tener relaciones sexuales con la pareja sin su consentimiento y, finalmente, la violencia económica o patrimonial, la cual hace alusión al control y uso del dinero o bienes patrimoniales de las víctimas (Cáceres Ureña y Estévez Then, 2004; Medina Macías, 2009; Tibaná Ríos, Arciniegas Ramírez y Delgado Hernández, 2020 y Ventura Aliello, Cervera Estrada, Díaz Brito, Marrero Molina y Pérez Rivero, 2005).

Para Hirigoyen, “lo que permite distinguir la violencia conyugal de un simple conflicto de pareja no son los golpes o las palabras hirientes, sino la asimetría en la relación. En un conflicto de pareja, se conserva la identidad de cada uno y se respeta al otro en tanto que persona, cosa que no sucede cuando lo que está en juego es dominar y aplastar al otro”. (2006, p. 7).

Diferentes investigaciones indican que la violencia conyugal tiene consecuencias negativas sobre sus víctimas, afectaciones que van desde lo físico, emocional y social, como depresión, estrés postraumático, dolor y enfermedades, ansiedad, somatizaciones, disfunciones sexuales, desconfianza, trastornos psicológicos, pérdida de la identidad y la moral, aislamiento, conflictos interpersonales y laborales, baja autoestima (Dibacco, 2017; Gallegos, Sandoval, Espín y García, 2019; Lara Caba, 2019 y Pérez Martínez y Hernández Marín, 2009).

Asimismo, algunos autores coinciden en que la autoestima, ya sea positiva o no, no es innata, es decir, se va formando desde el núcleo familiar, las características o rasgos de cada individuo, así como de la influencia del ambiente o contexto al que se está expuesto (Molina

Jiménez, Baldares Carazo y Maya Betancourt 1996; Satir, 2020), lo que implica que la autoestima es aprendida, por lo tanto, se puede modificar. Sin embargo, esto no sería posible en un contexto marcado por el abuso, ya que donde existe violencia se carece de respeto (Riso, 2015).

En un estudio realizado con enfoque cuantitativo de tipo comparativo entre 170 mujeres víctimas de violencia por sus parejas y 170 no víctimas, los resultados arrojaron que los bajos niveles de autoestima se relacionan significativamente con la violencia conyugal (Lara Caba, 2019). Por otra parte, otro estudio con una muestra de 222 mujeres y cuyo propósito buscaba la relación entre el maltrato psicológico, la autoestima y la dependencia emocional de las mujeres durante la pandemia COVID-19, concluyó que mientras mayor abuso o violencia psicológica, se tiene un nivel menor de autoestima; además, se refleja un aumento en la dependencia de la pareja lo que hace que las mujeres víctimas sean más propensas al abuso conyugal y a afectar negativamente su nivel de autoestima (Paiva, Da Silva Lima y Cavalcanti, 2022).

De Mézerville citado por Naranjo Pereira (2007), plantea que la autoestima se compone por una dimensión actitudinal que abarca la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza, así como por una dimensión conductual, manifestada en: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización. En este sentido, Bolinches (2015) afirma que la seguridad de cada individuo se sustenta en la presencia e integración de la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto y la competencia sexual, como pilares base. En síntesis, el autoconcepto se refiere a las características que el individuo acepta sobre su persona y ayuda en el desarrollo de la personalidad, influenciado tanto por la autopercepción como por las vivencias; tiene como objetivo la comprensión de sí mismo y es un regulador de la conducta (Tacca Huamán, Cuarez Cordero y Quispe Huaycho, 2020).

El círculo de la Violencia, propuesto por la psicóloga Lenore Walker ofrece una mayor comprensión de la recurrencia y la permanencia de la violencia en una relación de pareja; la autora destaca tres etapas: Fase de acumulación de tensión, en la que el agresor empieza a mostrarse molesto e irritable ante la mínima diferencia con su pareja, mientras esta busca calmar su malestar; Fase de explosión o agresión, en esta el victimario materializa el daño ya sea verbal o físico hacia su pareja; Fase de luna de miel o conciliación, en esta el agresor, intenta buscar el perdón de su víctima mostrando arrepentimiento y comprometiéndose a que no lo volverá a hacer (Almonacid, Mena, Palma, Razeto y Zamora, 1996; Bogantes Rojas, 2008; Silva Núñez, León Andrade y Ortega Hernández, 2017 y Yugueros García, 2015).

La intervención psicológica, en miras de sanar y aumentar los niveles de autoestima en mujeres víctimas de violencia conyugal va en aumento, dado el impacto de las agresiones en este aspecto, por tanto, en todas las áreas de la vida, así como el bienestar psicológico y mental (Gallegos et al., 2019).

Una consecuencia importante a considerar cuando se habla de violencia es el trauma, una marca que puede acompañar por muchos años a quienes la experimentan y que, al producir conflictos internos, hace más difícil el proceso de aceptación (Rojas, 2011). Se considera que el trauma psicológico es la herida resultante de estar expuesto o vivir eventos que superan la capacidad de afrontamiento de la persona, generando temor ante el riesgo de perder la vida, como la violencia (Del Castillo Drago, Bedoya Olaya y Caballero Andrade, 2022). Para una mayor comprensión del mismo es vital, como terapeutas, explorar la historia familiar e indagar en la posible transmisión intergeneracional del trauma, entendiéndose como el proceso en el que los padres que están traumatizados, influyen y afectan el desarrollo socioemocional y mental de sus hijos. Diversos estudios han evidenciado que cuando esto sucede, hay posibilidades de que los hijos desarrollen a lo largo de sus vidas apego inseguro,

problemas conductuales, de salud física y trastornos mentales (Echeburúa, De Corral y Javier Amor, 2002, Pitillas Salvá, 2021 y Salvador, 2020); así como afectaciones físicas. De igual modo, también puede darse todo lo contrario y que la persona puede resurgir ante un contexto negativo o historia de trauma (Larrea Velazco, 2021). Para Pallás Serrano (2022) reducir las consecuencias del trauma requiere fortalecer los vínculos afectivos entre padres e hijos ante situaciones difíciles.

En República Dominicana, los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA) llevada a cabo en 2013, evidenció que el país fue uno de los más violentos en Latinoamérica y el Caribe con relación a la violencia ejercida en contra de la mujer por parte de sus parejas sentimentales. La investigación refleja, además, que indistintamente del tipo de violencia, la cantidad de mujeres dominicanas víctimas de violencia conyugal es mayor en tanto el victimario o agresor ejerce control sobre estas (ONE, 2014); dichos resultados indican que no hubo mejoría con relación a las estadísticas de ENDESA (2002) en cuanto a la violencia psicológica, que, para ese momento reflejaba un 67% al tratarse de un tipo de control sobre las víctimas, un 23% a por lo menos tres y un 18% cuando las amenazas y/o humillaciones eran utilizadas para mantener el control de la vida de las mujeres por parte de sus parejas (Cáceres Ureña y Estévez Then, 2004); esto refleja, la denominada violencia psicológica o abuso emocional, que como bien señala Lara Caba (2019), en otro estudio realizado en el país, este tipo de violencia suele ser el más frecuente y presente en conjunto con otros tipos de violencia.

Ante la evidente problemática de violencia hacia las mujeres en el país y los daños de esta sobre la autoestima a causa de la violencia psicológica o abuso emocional, se considera vital explorar este aspecto y trabajar en esta característica del ser humano. Para Satir (2020), la autoestima es una actitud y un sentimiento de auto valía que se manifiesta a través de la conducta y que se refleja al tratarse a sí mismo con amor, dignidad, respeto y

responsabilidad; además, destaca que una sana o elevada autoestima se incrementa en un contexto en el que se respeten las diferencias individuales, el amor, y las situaciones difíciles sean tomadas como aprendizajes para procurar un cambio positivo.

Por lo antes expuesto, se planteó generar un cambio positivo en la autoestima de las participantes de esta investigación, a través de la intervención psicológica, entendida como un proceso propicio para producir cambios tanto en el aspecto cognitivo, emocional y conductual (Trull y Phares, 2003), por medio de la integración de las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones.

La Terapia Cognitivo Conductual, se dirige a modificar pensamientos (cognición) y comportamientos (conductas). Se enfoca en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas, dando más importancia a “qué tengo que cambiar, en lugar de “por qué” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005 y Tamez Osollo, 2017).

La Terapia Centrada en Soluciones, se enfoca en los recursos, habilidades y cualidades de la persona más que en sus déficits, limitaciones o debilidades. Propicia el cambio a través del accionar, potenciando así, las fortalezas del paciente; es uno de los enfoques recomendados para trabajar violencia de pareja, así como abuso sexual (Jaramillo Sierra y Ripoll Núñez, 2018 y Tamez Osollo, 2017).

Esta investigación tuvo como objetivo general, comprobar que a través de la intervención clínica se puede producir un cambio positivo en mujeres con baja autoestima y abuso emocional por sus parejas.

Entre los objetivos específicos destacan:

1. Analizar la relación entre la violencia en relaciones de pareja y la autoestima en las mujeres víctimas.

2. Edificar sobre los conceptos más importantes, manifestaciones y abordaje relacionados al tema.
3. Evaluar los tipos de violencia, vivencias de abuso y sus consecuencias en la autoestima de las víctimas participantes, así como en otros aspectos de su vida.
4. Evaluar la eficacia de los instrumentos y del procedimiento en el tratamiento e intervenciones con las participantes.
5. Comprobar resultados de las técnicas y terapias Cognitivo Conductual y Centrada en Soluciones, aplicadas hacia el logro de un cambio positivo en el nivel de autoestima de las participantes.

La hipótesis de este estudio de investigación estuvo basada en que toda mujer que ha sido víctima de abuso o violencia psicológica, tiene baja autoestima.

Se pudiera pensar que ninguna mujer aceptaría los abusos psicológicos y mucho menos la violencia física si tuviera un adecuado nivel de autoestima, que la llevaría a poner límites a su pareja o abandonar dicha relación antes de peores consecuencias, si se persiste en el círculo de la violencia. Esto es parte importante del enfoque de este proyecto de investigación.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por dos mujeres, dominicanas, adultas, de 36 y 46 años, de nivel socioeconómico medio bajo y medio, respectivamente, quienes abandonaron a sus parejas por abuso emocional o violencia psicológica, en condiciones de autoestima afectada.

Las participantes fueron seleccionadas a través de la Fundación Rescatando Mariposas, institución que ofrece ayuda y apoyo psicológico a víctimas de violencia de género en Santo Domingo. Por sus características, la muestra es no probabilística. Los criterios de inclusión fueron: mujer, entre 30 y 50 años, que hayan experimentado violencia emocional en sus relaciones de pareja, que hayan abandonado la relación abusiva, que presentaran características de baja autoestima y su participación fuera voluntaria.

Se utilizaron nombres ficticios, Mariposa 1 y Mariposa 2, para proteger la identidad de las participantes. Las intervenciones clínicas abarcaron la participación de la terapeuta investigadora de este proyecto.

### **Instrumentos**

Siendo esta investigación cualitativa, estuvo basada en estudio de casos, análisis de experiencias vividas, entrevistas, observaciones, aplicaciones de pruebas y utilización de instrumentos que miden la autoestima y otros aspectos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (1965) y el Test de Apercepción Temática (TAT) (Murray, 2004). Las láminas del TAT aplicadas a las participantes fueron: 1, 2, 3NM, 4, 5, 6NM, 7NM, 8, 9NM, 10, 11, 12M, 13, 14, 15, 16, 17NM, 18NM, 19 y 20.

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue desarrollada por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes y es una de las más utilizadas para medir esta variable a nivel mundial. Consta de diez ítems centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos siendo 1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9,10) y posteriormente. Según la puntuación, el nivel de autoestima será: 1 a 25 puntos indica baja autoestima, de 26 a 29, un nivel medio, y de 30 a 40 puntos, se estaría hablando de una alta autoestima. La escala puede utilizarse sin costo para la investigación clínica.

En España se realizó una investigación en la que la fiabilidad para un intervalo de un año, obtenida igualmente a partir de un grupo de 44 sujetos, la correlación obtenida es asimismo sustancial y significativa, con una  $r = 0.74$ , sin que existan diferencias de medias ( $t = -0.033$ ,  $g.l. = 43$ , significación bilateral 0.97). Existe, por tanto, para ambos intervalos temporales, no sólo correlación, sino concordancia entre las puntuaciones de una y otra aplicación de la EAR (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

Además, para este estudio se utilizó el Test de Apercepción Temática (TAT) (2004), creado por Murray en 1935, y el cual valora las necesidades, expectativas y miedos inconscientes que dictan el comportamiento y ayudan a formar la personalidad desde la interpretación de estímulos ambiguos. Se trata de un test tipo proyectivo de tipo temático, basado en la narración de una historia a partir de cada lámina. El TAT está conformado por 31 láminas en blanco y negro, de las que, con excepción de una, las demás simbolizan distintas escenas, estructurada pero ambiguas, relacionadas a distintos temas. En esta investigación fueron aplicadas las 20 correspondientes a mujeres. La persona evaluada no

sabe qué se espera de ella, lo que minimiza las posibilidades de falsear las respuestas. La interpretación de la historia dará indicios de los procesos psíquicos de la persona.

Siendo un instrumento de tipo cualitativo, no existe una única interpretación del TAT, la cual no se ha de considerar como un diagnóstico, más bien, permite comprender cómo la persona ve las cosas y cómo las estructura (Murray, 2004). Este test no es de libre uso sino, debe ser adquirido.

### **Procedimiento**

El primer paso para este proyecto fue obtener la aprobación del Comité de Ética de UNIBE para llevar a cabo la investigación. Luego se procedió a contactar a la institución Fundación Rescatando Mariposas, que da apoyo a mujeres víctimas de violencia a través de una comunicación emitida por UNIBE y se solicitó la participación de dicha Fundación como referidora de las participantes acorde al perfil solicitado y al objetivo de este proyecto de investigación. Una vez obtenida la carta de autorización de la institución, se procedió a contactar a las participantes y enviarles por correo electrónico, el consentimiento informado. De las tres mujeres contactadas, aceptaron participar en la investigación, dos.

En la primera intervención individual con cada víctima, se procedió a leerles y entregarles personalmente el consentimiento informado el cual fue firmado por cada participante y se les respondió cada una de sus dudas o inquietudes. Además, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg y en la segunda intervención, el Test de Apercepción Temática (TAT).

Dado que el local de la Fundación se encontraba en remodelación, las intervenciones fueron realizadas en el consultorio privado de la terapeuta, tomando en cuenta un lugar tranquilo y de mucha privacidad. El protocolo de intervención estuvo basado en las Terapias Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Centrada en Soluciones (TCS) abarcando siete (7)

sesiones individuales de 90 minutos cada una, presenciales, excepto dos sesiones virtuales a una de las participantes.

Después de la etapa de intervención, para medir efectividad de las técnicas aplicadas y de sus objetivos, fue realizada una reevaluación, con la aplicación del post test de Rosenberg. A su vez, se les realizaron preguntas abiertas para confirmar las diferencias o no en su actitud cognitiva y conductual, evaluar cambios y evitar la recaída emocional. Las interpretaciones, informe de resultados sobre el TAT, fueron realizadas por una psicóloga independiente, minimizando así el riesgo de sesgo de respuestas del vínculo terapéutico, quien no actuó como terapeuta en los casos, a quien se mantuvo en total confidencialidad sin proveerle datos personales ni referencias de la investigación sino solo las narraciones escritas de las pacientes de cada lámina presentada, Se transcribieron los resultados e informaciones de las sesiones en Microsoft Word, desde grabaciones previamente autorizadas por las participantes y luego guardados en archivos digitales protegidos para la confidencialidad de los mismos.

Se organizaron los resultados y se realizó la discusión como una síntesis de todas las intervenciones y sesiones; su discusión fue redactada acorde a técnicas que fueron aplicadas de forma individual en las sesiones, pero que trabajaban afecciones y objetivos comunes en ambas participantes. En el caso distinto, se plasmaron los resultados y discusión acorde a cada caso particular.

### **Análisis de datos**

Para los datos ofrecidos por la Escala de Autoestima de Rosenberg, se utilizó el programa Microsoft Excel y, posteriormente, se realizó su descripción. Mientras que, para los datos cualitativos, luego de transcribir cada una de las sesiones grabadas en audio, previa autorización de las participantes, se procedió a realizar el análisis de contenido textual basado

en los testimonios, narraciones de las historias de vida de cada participante, su pensar, sentir, actuar, del diálogo e interpretaciones de la terapeuta. Así mismo se realizaron mediciones cualitativas basadas en realidad, proyección de la paciente, de su consciente e inconsciente, realizando comparaciones del antes y el después los resultados del Test de Escala de Rosenberg y Test de Apercepción Temática y las respuestas, ante la aplicación de las diferentes técnicas de los modelos seleccionados para las intervenciones y los resultados de la observación durante todo el proceso de intervención.

Se analizaron datos de respuestas a través de preguntas abiertas a las participantes para verificar la validez de dichos resultados y para sugerir respuestas de informaciones incluso subyacentes. La revisión y análisis de los resultados fue realizada según resultados de antes y después de las sesiones e intervenciones.

Se guardaban las informaciones en grabaciones de voz autorizadas por las participantes, para luego transcribirlas, analizarlas y dirigir el tratamiento de intervención clínica acorde a los objetivos terapéuticos. Se consultó bibliografía, artículos de internet, estudios y revistas para sustentar la relación en conceptos y datos, de la violencia psicológica conyugal y la autoestima y relacionarlos con los hallazgos o afecciones e intervenciones.

Ha sido una investigación cualitativa, centrada en el tema y objetivo de la búsqueda de la relación de la violencia con el nivel de baja autoestima de las víctimas analizando sus características y experiencias particulares. Es de tipo narrativa, ya que hace énfasis en la percepción de la persona y sus experiencias, la narración de su historia, y es fenomenológico pues indaga, describe y busca comprender la similitud entre las personas ante un mismo evento o fenómeno (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

## Resultados y Discusión

Siendo el objetivo de esta investigación comprobar que a través de la intervención clínica se puede producir un cambio positivo en mujeres con baja autoestima y abuso emocional por sus parejas, la muestra estuvo conformada por dos mujeres participantes, víctimas de abuso emocional por sus parejas sentimentales, las cuales abandonaron la relación abusiva refiriendo daños y repercusiones negativas a nivel emocional, cognitivo, conductual y fisiológico.

### Pre test

#### Escala de Autoestima de Rosenberg

Durante la primera sesión terapéutica de cada participante, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), cuyos resultados fueron los siguientes:

*Tabla 1. Resultados Escala de Autoestima por Participantes*

<b>Participante</b>	<b>Puntuación EAR</b>
Mariposa 1	18
Mariposa 2	22

Fuente: Escala de Autoestima Rosenberg (1965) n:2

Según la EAR, el que Mariposa 1 haya obtenido una puntuación de 18 y Mariposa 2 de 22, significa que ambas participantes reflejaban indicadores de baja autoestima.

#### Test de Apercepción Temática

En la segunda sesión de las intervenciones, se aplicó el Test de Apercepción Temática (TAT). Este generó resultados que fueron comparados con las afecciones percibidas en la

narrativa de la historia de vida de ambas pacientes, el test de Rosenberg y las percepciones por observación de la terapeuta en las intervenciones o sesiones.

Los hallazgos o resultados del Test de Apercepción Temática, TAT, coincidieron en su mayoría con los resultados de las apreciaciones del test pre intervenciones de Rosenberg y los hallazgos según narraciones e intervenciones terapéuticas en las que ambas participantes reflejaron niveles bajos de autoestima.

El TAT arrojó los siguientes resultados interpretados en las narrativas de historias creadas por las pacientes sobre las láminas:

**Mariposa 1:** reflejó proyecciones con ella misma y su historia, percibiéndose sentimientos de tristeza y frustración, mecanismos de negación de su realidad y de evadir situaciones, utilizando fantasías para asumir las situaciones que le ocurren. Mantuvo una idealización de lo que desea. Se reflejó una relación conflictiva con la figura paterna, lo cual pudo coincidir con los conflictos que le generaron las figuras paternas de sus dos hijos. Demostró problemas con la figura masculina, asociados a temas de infidelidad, seducción, falta de respeto y abuso.

Por otro lado, se evidenció su dificultad para poner límites y su alto nivel de exigencia y rigidez consigo misma. Se identificó baja autoestima, sentimientos muy marcados de miedos e incapacidad para la toma de decisiones. Tiende a idealizar que las “cosas se van a resolver”. Reflejó sentimientos muy marcados de culpa. Se manifestaron situaciones traumáticas y duelos no resueltos, así como la necesidad de liberación de culpa y auto perdón.

Se encontraron indicadores en el polo lábil y obsesivo, indicadores neuróticos y emociones desbordadas.

Mostró mucha necesidad de superarse y salir de la situación que enfrenta (buen pronóstico) pero con necesidad de fortalecer su yo, reflejó querer organizar su vida, pero se evidenció desesperación e impaciencia con ella y el proceso que ha estado viviendo.

**Mariposa 2:** se proyectaron indicadores neuróticos, emocionalmente desbordada, con lucha interna con ella misma, entre lo que está bien y lo que está mal y con sus propios deseos, generándole mucha angustia y ansiedad. Se manifestó evitación y huida para enfrentar las situaciones que atraviesa y la risa como mecanismo de escape y negación.

Se visualizó sentimientos de frustración, dificultad en la expresión de los afectos y comunicación, baja autoestima, inseguridad, dudas y ambivalencia; a pesar de sentir desmotivación, reflejó deseos de superación y liberación, de lograr tomar sus propias decisiones y llevarlas a cabo. Por otro lado, reflejó dificultad para salir del victimismo. Sus historias radicaron en temas de muerte, traición, mentira, engaño, lucha de poder.

Hubo indicios de rabia y disconformidad con la figura masculina, percibiéndolo como indiferente y agresor en ocasiones, se evidenció anhelo de tener una relación de pareja que no implique dolor. De igual modo, reflejó conflicto con su figura materna, no la visualiza como una figura nutridora y que cuida, ante la falta de protección de esta figura, proyectó que otra persona ocupó ese rol.

Demostó una lucha en hacer lo que es socialmente correcto, en ocasiones pudo verse insistente y con sus emociones desreguladas. Mantuvo una sensación de vigilancia y de que debe hacer cosas escondidas para protegerse de su entorno que para ella es agresivo y peligroso.

Manifestó altos niveles de estrés y ansiedad relacionados con su interacción con los demás. Reflejó miedos y duelos no resueltos.

Mantuvo una tendencia a querer soltar la toalla, pero también manifestó un deseo de lograr estar bien. Rojas (2014), explica que el exceso de autocrítica y perfeccionismo limita llevar a cabo algún plan y lograrlo sin arrojar la toalla a medio camino, afectando esta impotencia, la autoestima de la persona.

Asimismo, demostró tener carácter obsesivo, extremadamente perfeccionista y con temas de limpieza, orden y puntualidad, algo que llamó la atención pues le ha generado conflictos consigo misma y sus hijos. Reflejó ideas suicidas, con tendencia a soltar o morir como un mecanismo de huida a las situaciones.

Los datos obtenidos tanto en la EAR y el TAT, evidenciaron cómo las historias de violencia han afectado la autoestima de ambas participantes. Para comprender estos resultados, a continuación, y a modo de síntesis, se presentan las historias de vida y testimonios de Mariposa 1 y Mariposa 2, así como las demás áreas de sus vidas afectadas por las vivencias negativas.

## **Presentación caso Mariposa 1**

### **Historia de vida**

Se trata de una paciente de nacionalidad dominicana, nacida en un campo de San Francisco de Macorís, residente en Santo Domingo, D.N. y de nivel socioeconómico medio bajo. Tiene 36 años de edad, madre de una niña de nueve años y un varón de cinco, es psicóloga de profesión. Trabaja como Orientadora en el Departamento de Psicología de una escuela pública en Santo Domingo, Distrito Nacional. Es la menor de diez hermanos, cinco varones y cinco hembras, todos hijos del mismo matrimonio. Su padre tuvo tres hijos de una unión libre de una relación anterior y un hijo de crianza. Mariposa 1 nació cuando su madre tenía 43 años. Su padre murió de hipertensión y diabetes cuando ella tenía seis meses y su madre murió de un infarto cuando ella tenía catorce años.

Para mariposa 1, la muerte de su madre y figura de apego, significó una gran pérdida y duelo. No conoce detalles de cómo se relacionó el matrimonio de sus padres. Los hermanos le describieron al papá como un hombre pasivo y ella recuerda a su madre con un carácter fuerte. El padre era 20 años mayor que su madre. Se refirió a su niñez como una etapa triste, aburrida y con pocos recuerdos agradables.

Su hermana mayor fue la encargada de su crianza al morir la madre. Mariposa 1, decidió por recomendación de su hermana mayor, entrar a una congregación religiosa a los casi 16 años, para que se fuera a vivir allí y se hiciera monja. La Congregación pasó a ser su lugar seguro, de amor, consuelo y paz. Se congregó por nueve años. Se enamoró de un seminarista haitiano 11 años mayor que ella, mientras estaba profesada en la congregación y decidió salirse, quedó embarazada de una niña. Su embarazo fue en gran soledad porque el esposo se fue por cinco años a Estados Unidos. Se divorció por falta de amor, temas económicos y desinterés y miedo sexual. Percibía el sexo como algo doloroso y nada placentero. En su familia de origen, sus hermanos la han etiquetado por años con adjetivos descalificantes y presiones mentales por ese embarazo y el abandono de la congregación.

Posteriormente, se enamoró del bibliotecario de la escuela donde trabajaba, quien es 12 años mayor que ella, quien parecía bueno y de buen trato. Expresó haber tenido una relación “tortuosa” a nivel de maltrato físico y emocional muy fuerte, infidelidades, soledad, control, abandono intermitente, alcoholismo. Definió a esa pareja como “un demonio”.

Decidió dejarlo y dos meses después se reconciliaron, quedando embarazada. Cada quien vivía en su casa. Su embarazo fue muy difícil y tuvo un hijo. Actualmente vive con su hermana, la penúltima en orden de edad, comparten el apartamento con los hijos de ambas.

Mantiene una relación clandestina y ambivalente con un hombre que definió como “ajeno” ya que es casado. Destacó que actualmente vive bajo control extremo, manipulación,

sumisión, críticas a espaldas, prejuicios y juicios de dos hermanas que se cuentan todo y murmuran acerca de acciones y decisiones de Mariposa.

A continuación, se presentan las afecciones identificadas durante las sesiones sobre las cuales se trabajaron los objetivos terapéuticos del proceso de intervención psicológica con las participantes, también llamadas pacientes. Dichas afecciones fueron basadas en las características de las pacientes apreciadas por la técnica de la observación, su narrativa, su historia de vida y los resultados del test de Rosenberg y del TAT. En este último caso, se hizo un análisis de evaluación de los resultados comparados con las apreciaciones en las sesiones.

### **Afecciones de Mariposa 1**

#### **Traumas**

Por acoso: A los 12 años, Mariposa 1 fue víctima de acoso por parte de un enfermo mental de 30 años que vivía cerca de su casa y la perseguía, se masturbaba frente a ella enfrente a la verja de la escuela; este le cayó encima, forzándola y ésta lo golpeó con una piedra como defensa. Su olor desagradable lo percibía en su narración en la sesión y cada vez que ve un enfermo mental siente taquicardias, ansiedad, nerviosismo, evasión y repugnancia.

Por duelo no resuelto: la paciente indica no superar la muerte de su madre.

Por abuso-violencia física y psicológica: en su segunda relación de pareja vivió violencia conyugal. Además, refiere aparente abuso sexual de un hermano sobre lo cual la paciente “no recuerda” qué pasó, pero le repugnó y el solo escuchar su nombre o imaginar su presencia, le hizo llorar. Describió tener pesadillas relacionadas con este hermano “sin saber por qué”.

### **Baja autoestima**

En su discurso reveló un autoconcepto devaluado, una imagen desvalorizada del yo. Siempre se ha sentido incapaz de tomar decisiones, de cumplir planes y carece de criterio propio. Solo siente que es responsable en su rol como profesional.

Por otro lado, Mariposa 1 siempre se ha creído las críticas de los demás, afectándole en demasía las murmuraciones de su familia, pareja y compañeras de trabajo. No ha creído en recibir amor real fuera del de su madre. Su inseguridad e inestabilidad fueron evidentes en las primeras sesiones. En cuanto a la autoimagen, la paciente refirió sentir vergüenza de mostrar su cuerpo desnudo en cualquier relación, sintiéndose gorda y fea-un “yo rechazado”.

### **Miedo**

Mariposa 1 manifestó miedo de encontrar en su actual enamorado, un posible maltratador escondido, en sus propias palabras: “*Un monstruo encubierto*”. Se identificó predisposición y miedo al maltrato, miedo a los hombres, a lo desconocido, a los cambios, a estar sola y a los enfermos mentales.

### **Culpa**

La culpa ha estado presente a lo largo del ciclo de vida de Mariposa 1: por haberse salido de la congregación religiosa, donde dijo era amada, cuidada y feliz. De donde expresó que tenía buen nivel de autoestima. Mito: Ha pensado que el haber abandonado la congregación ha sido la causa de los maltratos por violencia de su pareja, su castigo.

Manifestó predisposición al maltrato por parte de la figura masculina. Demostró sentimientos de culpa por haber elegido mal sus parejas, “*me regalé en la relación anterior*” (refiriéndose al papá de su hijo), culpa de estar en una relación con un hombre casado, en

contra de sus valores morales. Por otro lado, se siente mal, culpable y ansiosa, cuando sale a divertirse o hacer alguna diligencia, dejando los niños cuidados por su hermana.

### **Falta de límites**

Mariposa 1 juega un rol de niña ante sus hermanas, quienes le controlan y manipulan en relación a todo lo que hace. Ha reflejado una relación de dependencia emocional, ansiedad, angustia, tristeza e impotencia. Aún siendo una adulta, no posee libertad para tomar decisiones ni tener una relación amorosa. Ni ella ni sus hijos tienen espacio de privacidad. La crítica de sus hermanas tiene un peso importante en su estado de ánimo y sintomatología. Reconoció no saber sabido ponerle límites a su ex pareja contra el maltrato, razón por la que soportó mucho sufrimiento hoy día con secuelas emocionales.

### **Carácter depresivo**

En su narrativa se evidenció la falta de sentido de la vida. Dice: *“luchar para nada y vivir cansada”*. A veces se pregunta para qué vivir. A esto, se le suma la desmotivación laboral y social, su red de apoyo es escasa, no tiene una figura de confianza y llora constantemente; se percibe una actitud desanimada, tono de voz lento, bajo e intermitente. Ha pensado en ocasiones que quizás resolvería sus malestares quitándose la vida. Se autodefinió como depresiva.

### **Fortalezas**

Pese a la deficiente autovaloración, Mariposa 1 se describió como madre dedicada y amorosa. Sus hijos son lo más importante en su vida (VIP destacados). Trabajadora, honesta y enfocada. Enfrenta los roles en su trabajo de forma responsable. Se sabe solidaria y servicial. Posee gran fe cristiana. Expresó deseos de superarse y salir de la situación que enfrenta por lo que demostró confianza en la ayuda psicológica.

## Presentación caso Mariposa 2

### Historia de Vida

Se trata de una paciente nacida en Santo Domingo, D.N, de padre dominicano de descendencia italiana (escultor y profesor universitario) y madre dominicana (ama de casa). De nivel socio económico medio, tiene 46 años de edad, madre de un varón de 20 años de un primer matrimonio, y de dos hijas, una de 15 años y la menor de nueve años, producto de un segundo matrimonio. Es administradora de empresas y locutora. En su familia de origen son cuatro hermanos, tres hembras y un varón. El mayor tiene 50 años, siendo la paciente la penúltima hija. Sus padres se divorciaron cuando ésta tenía 21 años. Describió a su padre como buena persona pero muy mal esposo, debido a las infidelidades y abuso emocional a su madre, manifestado con indiferencia, abuso emocional, maltrato verbal, control, entre otros.

Se evidenció que, desde el seno familiar, Mariposa 2 estuvo expuesta a un contexto de violencia, donde el modelo de relacionarse de la pareja no era el más saludable. Diferentes estudios refieren que los hijos que directa o indirectamente se ven afectados por la violencia, tienen la tendencia a desarrollar problemas en su desenvolvimiento académico, emocionales como ansiedad, baja autoestima, depresión, dificultades en su salud física, así como problemas conductuales (OMS, 2002; Riso, 2015).

Definió a su padre con carácter más pacífico que la madre. Siempre pensó que sus padres no se querían. Nunca vio gestos de amor entre ellos sino indiferencia y maltratos. Entiende que la madre se mantuvo por 30 y pico de años en el matrimonio por dependencia económica. Mariposa 2 tenía conocimiento y vivencias de infidelidades por parte de su madre: *“Un día se fue con un jovencito y regresó al tiempo”*. Desaparecía sin los hijos saber hacia dónde: *“Tengo los peores recuerdos de mi mamá, nosotros para ella nunca contamos”*.

Refirió haber recibido maltrato físico fuerte y constante de su madre. Le pegaba con correas y le raspaba la cabeza cuando se incomodaba con ella, conducta aprendida por Mariposa 2 de la madre en su adolescencia y la adultez. Mariposa 2 identifica como su figura de apego a una tía materna. La consideraba “la salvadora”, cuando iba del campo a visitar y pasar semanas o meses en su casa, era el mejor recuerdo de su niñez y juventud.

Su madre, quien reside fuera del país, es de carácter muy fuerte. Su padre se volvió a casar, vive en Moca con su esposa y tiene Alzheimer. El amor del padre era expresado como proveedor de necesidades materiales y de buena educación para sus hijos, transportarlos donde necesitaran y proveerlos de techo, comida y ropa. Ni de la madre ni del padre nunca recuerda haber recibido amor con conexión emocional ni contacto físico. Mariposa 2 creció sin límites ni reglas. En total libertad de ir o hacer lo que quisiera y así sus hermanos. Su padre los incorporó ya adultos a la religión mormona de la que siente repugnación pues fue donde conoció su pareja de grandes maltratos y violencia psicológica o abuso emocional.

Refirió haber experimentado abuso sexual en dos ocasiones, cuando esta tenía dos años por parte de un tío paterno, quien la encerraba en un cuarto frotándose el pene con el cuerpo de ella; además, un primo que pasó una temporada en la casa de sus padres abusaba de ella, introduciéndole la mano por su vagina, se la olía, la tocaba y lo ponía a masturbarlo. Negó haber sido violada por éste. Nunca se lo contó a nadie por temor de que no le creyeran o el primo tomara represalia contra ella. Diversos estudios evidencian que un alto porcentaje de los abusos y violencias sexuales, ocurren dentro de la familia o personas muy cercanas a esta; de igual modo, que muchas víctimas guardan silencio por miedo a que no les crean o, a las represalias del agresor, así como a sentirse juzgadas por la sociedad (Freites Betances, 2020; Núñez Emeterio, 2023; Pereda, Greco, Hombrado, Segura y Gómez Martín, 2018) tal como sucedió con Mariposa 2.

A los 24 años, salió con un compañero de trabajo, en un único encuentro sexual y quedó embarazada, por lo que se casaron. El esposo era adicto al alcohol y las drogas y le fue constantemente infiel. El embarazo estuvo bajo sufrimiento y soledad. Se divorciaron cuando su hijo tenía un año y medio.

Posteriormente, contrajo segundas nupcias con un misionero a quien conoció en la iglesia mormona. Duraron casados 14 años, un año divorciados y dos años siguientes reconciliados. Procrearon dos hijas. Su esposo era de nivel social muy inferior a Mariposa 2: *“Me llevó a vivir a un barrio”* y *“llegué a pasar hambre”*, expresó con lamento, llanto y mucha ira en las sesiones.

Se divorció por los maltratos y violencia psicológica recibidos: maltrato verbal, manipulación, gritos, maltrato a su imagen, coerción, aislamiento social, celos patológicos y posesividad, infidelidades, violencia económica y le lanzaba objetos frente a los hijos. No quería al hijo del primer matrimonio de la paciente. Ha desempeñado rol de padre y madre para sus hijos.

En la adolescencia la paciente fue internada por un cuadro de depresión y en la adultez por ideas suicidas a causa de los maltratos y abusos de su esposo. En su historia de vida, describió la tristeza por el crimen de una tía muy querida en Estados Unidos, aparentemente como un duelo no resuelto.

Actualmente está en una relación con un novio con el que se siente identificada, pues, pasó por situaciones, sufrimientos y crisis similares a ella. Esto se relaciona con la afirmación de diferentes autores, quienes coinciden en que la elección de la pareja no es al azar, sino, que se elige a alguien con el mismo nivel de diferenciación y autoestima que uno mismo (Bowen, 2016; Satir, 2020).

## **Afecciones de Mariposa 2**

### **Traumas**

Por violencia y maltrato psicológico de sus parejas. Recordación constante de episodios de maltrato y sufrimiento, sí como por los por los maltratos psicológicos y físicos de su madre: *“No quería ni quiero ser como mi mamá”*. Por el abandono temporal de su madre, así como por los abusos sexuales vividos. También, Mariposa 2 siente la marcó negativamente la falta de amor y atención con que creció por parte de sus padres lo cual reflejó de manera marcada en sus narraciones y lenguaje no verbal de angustia, tristeza e ira.

### **Baja Autoestima**

La autoestima de Mariposa 2 se vio afectada por el maltrato y violencia emocional de su segundo esposo. Le decía: *“¡Eres un vaso de cristal embarrado de mierda!”*, *“¡no sirves!”*, *“¡tan bruta!”*, *“¡loca!”* Y muchos descalificantes fuertes. Se los creía.

Su baja autoestima se ve marcada por carencia de amor, reforzamiento y apoyo en su etapa de desarrollo, adolescencia y adultez. No tuvo ni afecto ni límites. Además, desarrolló sentimientos de incompetencia. No se identificó figura de apego en su niñez sino la tía como más cercana a una figura de apego.

Por otro lado, en el aspecto laboral, Mariposa 2 se siente con menos capacidad que sus compañeros. Además, le cuesta tomar decisiones y reconoció que suele disfrazar su baja autoestima con empoderamiento, pero se apreciaron contradicciones y disociaciones.

### **Miedo**

La paciente manifestó sentir miedo en varios aspectos o situaciones, como a la oscuridad, a las películas de terror, a los riesgos, al maltrato, a ser como su mamá, a que su hijo le salga adicto al alcohol como su padre; a que sus hijos pasen por lo que ella pasó y sus

hijas tengan un esposo como los que le tocó y expresó miedo a las religiones por asociarla al abuso y al maltrato por personas disfrazadas de fé.

### **Culpa e ira**

La paciente se ha sentido responsable de lo que le pasó por haber soportado tanto maltrato y violencia emocional de su pareja, por haber sido “tan estúpida” y dejarse abusar de tantas formas. Se cuestiona el haber pensado primero en el otro que en ella misma. Al referirse a su ex esposo, se culpa por los problemas asumidos y sacrificios económicos por quien no supo agradecerle ni valorarla. Abusaba de ella económicamente forzándola a trabajar y le quitaba dinero para sus vicios e infidelidades.

Además, expresó sentirse culpable de no haber buscado ayuda años atrás sino ya después de tantas afecciones y haber trabajado su dolor, de reprimirlo y callarlo. Manifestó sentir ira contra su ex pareja maltratador, padre de su hijo y de transmitirle su ira a su hijo.

### **Carácter evitativo**

Se identificaron altos niveles de ansiedad, se relaciona con parejas sin involucrar muchos sentimientos, más por compañía que por amor. Se percibió muestras de rechazo y marginación en la infancia y adolescencia. Dificultad para las relaciones afectivas, ideas pesimistas sobre el amor, inseguridad encubierta, sensible al rechazo y miedo al fracaso.

### **Fortalezas**

La participante manifestó su deseo de cambiar, se describió con carácter fuerte, valiente, buena madre, dedicando el tiempo que no le dedicaron a ella, solidaria, sociable, confiada en la ayuda psicológica y afirmó ser creativa y con muchos deseos de echar para adelante.

### **Análisis cualitativo**

Se evidenció que tanto Mariposa 1 como Mariposa 2, en su historia de vida han estado de una manera u otra, expuestas a diversos tipos de violencia en diferentes etapas del ciclo vital. Familias disfuncionales, marcadas por la falta de comunicación y demostraciones de afecto, así como de carencia de límites. Las consecuencias de haber vivido violencia por parte de sus compañeros sentimentales se reflejaron en traumas, miedo, baja autoestima, sentimientos de culpa e ira, falta de límites, rasgos depresivos y carácter evitativo.

Según Navarro Góngora (2015), cuando en la relación empieza la violencia, la persona afectada se mantiene ambivalente, pues, logra percibir las agresiones, pero a pesar de ello desea seguir en la relación, minimizando así, la violencia. Además, el autor destaca que, desde el primer acto de violencia, se produce la distancia emocional. Esto también se puede entender desde el Círculo de la Violencia, en el cual, la víctima, para evitar la explosión del agresor se mantiene bajo perfil, asumiendo la culpa y confiada en que va a cambiar (Bogantes Rojas, 2008; Silva Núñez, León Andrade y Ortega Hernández, 2017 y Yugueros García, 2015).

Como se apreció, tanto Mariposa 1 como Mariposa 2 refirieron eventos violentos y traumáticos en sus historias de vida. Un trauma no trabajado puede manifestarse a través de reacciones fisiológicas y psíquicas, síntomas propios de estrés postraumático (Ruiz y Guerrero Ángeles, 2017 y Prieto Larrocha, 2015). Asimismo, se identificaron síntomas propios de disociación, cuya manifestación es la de tratar de minimizar el impacto o daño de la experiencia traumática (Madrigal Bonilla, 2012), se podría decir, que es un mecanismo de autoprotección.

La evaluación del trauma intergeneracional permitió evaluar las conductas, duelos inconclusos, conflictos no resueltos, creencias que han pasado de generación en generación, patrones conductuales que se repiten en la familia, tipos de comunicación, manejo del poder y

del afecto, lealtades invisibles, etc. Un ejemplo de esto, es el trauma de su madre por el maltrato de su padre y así el de Mariposa 2. El miedo a la oscuridad de Mariposa 2, viene en varias generaciones según su narrativa; de igual modo, Mariposa 1 expresó que su niña de nueve años, no puede ver enfermos mentales, pues teme le pase lo mismo (acoso) que a su madre. Según Pallás Serrano (2022), el trauma infantil puede originarse a partir de experiencias de violencia, abuso o violación sexual, negligencia o abandono, también, puede ser una consecuencia de una comunicación no asertiva por parte de los padres o núcleo familiar, provocando dolor y desorganización en la manera de relacionar o vincularse con las demás personas.

La baja autoestima, manifestada en pensamientos negativos sobre sí mismas, el mundo y los demás, es otra similitud entre las participantes. Cuando se tiene baja autoestima se desarrolla una actitud de rechazo hacia sí mismo, no se sabe poner límites y repercute en la salud física y emocional de la persona (Nava Navarro, Onofre Rodríguez y Báez Hernández, 2017). La autoestima es uno de los rasgos que los agresores tienden a atacar, con la finalidad de debilitar el concepto propio, las capacidades, logros, planes y así, mantener el control de sus víctimas (Gallegos, Sandoval, Espín y García, 2019 y Lara Caba, 2019). Al respecto, Navarro Góngora (2015) destaca que la violencia psicológica tiene como objetivo destruir el aspecto intelectual y emocional. Asimismo, indica que cuando la parte emocional se ve afectada, impacta la relación de apego, por lo que, al no sentirse amada o valorada, su vinculación con los demás será de manera negativa.

Considerando la autorrealización de las participantes y su evidente baja autoestima, a opinión de Maslow, citado por Santrock (2002), aquellas personas que no desarrollan una sana o elevada autoestima, difícilmente lleguen a la autorrealización, siendo este aspecto para el autor, la consolidación de todo ser humano, la meta esperada.

El impacto de una autoestima lacerada se ve manifestada en el rechazo de la autoimagen, esto también podría estar asociado a afeción provocada por abusos sexuales y la vergüenza que suelen desarrollar ante este evento traumático (Nava Navarro, Onofre Rodríguez y Báez Hernández, 2017).

Los bajos niveles de autoestima se correlacionan con la irracionalidad y la negación ante la realidad, con la inflexibilidad, el miedo a explorar cosas nuevas; se vincula con actitudes defensivas, de sumisión o un comportamiento a lo nuevo y a lo desconocido; con la conformidad inadecuada o con una rebeldía poco apropiada; con estar a la defensiva, con la sumisión o el comportamiento inexpresivo (Branden, 2011).

Satir (2020) afirma que una persona con baja autoestima no se siente merecedora de afecto ni de ser tratada con respeto y dignidad, aumentando así, las posibilidades de convertirse en víctima.

Con relación a los hallazgos de duelos no resueltos, se sabe que cuando una persona es incapaz de completar una de las tareas del duelo en la niñez, a modo de supervivencia bloqueará sus emociones o vivirá con sentimientos de profunda tristeza, ignorando qué lo motiva (Brea Franco, 2015).

Los sentimientos de culpa, ira y miedo prevalecen en las mujeres víctimas de violencia de pareja, incrementando la autopercepción negativa, por tanto, afectando negativamente la autoestima (Santandreu y Ferrer, 2014). La culpa, como proceso interno, evoca tensión y remordimiento, haciendo que la persona se disculpe o busque solucionar lo que le afecta, hace que la persona piense de forma negativa sobre sí, alimenta la depresión y viceversa, haciendo que se toleren los actos violentos. Mientras que la ira aparece como consecuencia de la frustración o como mecanismo de defensa cuando uno se percibe en riesgo (Santandreu y Ferrer, 2014 y Navarro Góngora, 2015). De igual modo, el miedo, es

producto de la intimidación o amenazas, haciendo que la persona agredida se mantenga en la relación, con la finalidad de evitar nuevos actos de violencia, de igual modo, es el mismo miedo el factor que hace que la persona afectada tome la decisión de separarse, aumentando así los riesgos de su integridad física. El malestar psicológico de estas emociones o sentimientos podría relacionarse a síntomas del estrés postraumático, propio de mujeres víctimas de violencia (Rivas Rivero y Bonilla Algovia, 2019).

Los indicadores de carácter depresivo hallados, coinciden con lo encontrado en los estudios realizados por Chávez Intriago y Juárez Méndez (2016), Medina Quispe, Quispe Huamani, Linares Chumbile y Huaccho Rojas (2022) y Santandreu y Ferrer (2014), los cuales hacen referencia a que hay una relación entre las mujeres víctimas de violencia conyugal y la depresión. Mientras que aquellos indicadores de carácter evitativo podrían estar asociados al estilo de apego evitativo desarrollado durante la niñez, el cual se caracteriza por la distancia emocional como modo de supervivencia (Garrido Rojas, 2006). Suelen basar su narrativa más en lo sucedido que en cómo lo vivieron o sintieron.

Ceder el control de sus vidas es una muestra de la falta de límites, revelando así la carencia de autonomía y de criterio propio. Se sabe que, en una relación marcada por la violencia, el agresor tiende a transgredir los límites explícitos o implícitos (Póo y Vizacarra, 2008).

### **Intervenciones Individuales**

Con las participantes referidas por la Fundación Rescatando Mariposas y quienes expresaron necesidad de trabajar sus traumas y malestares por abuso o violencia de sus parejas y repercusiones en su nivel de autoestima, se trabajaron siete sesiones INDIVIDUALES , de 90 minutos cada una, orientadas al cambio de emociones, de las creencias y pensamientos y al cambio de conductas.

## Objetivos Terapéuticos

Las intervenciones se realizaron tomando en cuenta los siguientes objetivos terapéuticos:

- Reforzamiento del yo, mejorar el autoconcepto, elevar niveles de autoestima.
- Psico educar acerca de la violencia y abuso emocional, minimizar la sintomatología y el dolor del trauma.
- Trabajar los sentimientos de culpa, ira y miedos.
- Establecer límites.
- Lograr empoderamiento, habilidades sociales y asertividad hacia un mayor bienestar en los distintos ámbitos de la vida de las participantes.
- Fijación de metas y objetivos personales hacia la auto realización, recuperación del criterio propio y del control de sus vidas.

En la entrevista inicial, MARIPOSA1 se mostró un poco tímida y con un alto nivel de angustia. Su lenguaje verbal era lento y de muchas pausas, mientras que su lenguaje no verbal evitaba el contacto visual mientras hacía su narrativa. En el caso de MARIPOSA 2, su lenguaje verbal era con un tono de voz rápido e intermitente, se percibía ansiosa, con intensidad ambivalente. Muy arreglada físicamente y pedía agua con frecuencia. En su lenguaje no verbal se notó mucho movimiento ocular a distintas partes del entorno, manos apretadas y respiros profundos. Demostraba cambios de estados de ánimo, de contenta a llantos repentinos.

A ambas pacientes y en sus sesiones individuales, la terapeuta-investigadora les preguntó, luego de iniciar con alguna frase de saludo e introducción, *¿Cómo te sientes?* esto para notar la actitud, deseo o no de narrar su historia. Al responder que *“algo tranquila”*

(MARIPOSA 1) y “*Mejor ahora que estoy aquí*” (MARIPOSA 2) se procedió a preguntarles, *¿Podrías hablar sobre tu historia familiar y personal?* Se recopiló la información necesaria para componer su GENOGRAMA, el cual representa una hipótesis sistémica diagramada. A través de esta herramienta fue posible conocer la estructura y los vínculos relacionales entre sus miembros, padecimientos físicos y psicológicos, abarcando las últimas tres generaciones, además, las interacciones presentes de la paciente, cuáles características los distinguen, entre otras informaciones.

Con el genograma de ambas pacientes, hubo una conexión emocional y resonancia con algunos aspectos de la historia personal de la terapeuta. Esto permitió la empatía de la terapeuta y la aplicación de técnicas de AUTORREGULACIÓN en la sesión, tanto a las pacientes como la terapeuta en sí misma. La técnica aplicada fue la RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA la cual es parte de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), y consiste en colocar la mano derecha en el corazón y la izquierda en el vientre, inhalar aire por la nariz, sostener durante cinco segundos y luego exhalar lentamente por la boca; luego se repite de manera inversa.

Durante las intervenciones, la terapeuta partió del “NO SABER”, lo cual es la postura del terapeuta enfocado en la Terapia Centrada en Soluciones (TCS), que se fundamenta en hacer preguntas para que la persona reflexione, genere recursos, vaya descubriendo sus valores, sus fortalezas y haga conciencia de sus problemas y posibles soluciones. La terapeuta utilizó un tono de voz y formas de preguntar con el cuidado de no hacer sentir a la paciente cuestionada, ni acusada o culpable, algo que la terapeuta evitó en las intervenciones.

Así mismo, para evitar la reconexión de traumas o temas para los que no estaban listas, se les expresó a ambas pacientes que, si no deseaban hablar de algún tema o responder alguna pregunta, no lo hicieran. Se logró un buen rapport entre la terapeuta y la paciente. El

rapport, entiéndase, alianza o vínculo terapéutico es vital en el proceso de intervención psicológica, ya que, sobre esta forma de relacionarse, recae el éxito o no de la terapia (Báez, 2014; Hidalgo, 2021).

Con ambas pacientes se aplicó la técnica de VALIDACIÓN para lograr regular sus emociones y RASTREAR LO POSITIVO. Al escuchar la historia de cómo lograron zarpas de esa relación abusiva, se les reconoció lo valiente que habían sido de abandonar relaciones que no las hacían felices, de buscar ayuda, de ser madres dedicadas y amorosas con hijos que las adoran y de contar con un trabajo en el que valoran su desempeño porque si no las hubieran despedido. Esta técnica de la TCS les ayudó a liberar culpas, bajando la presión interna. Con esta técnica las pacientes fueron capaces de admitir errores, de generar cambios en sus patrones de conducta. En ambos casos, se percibieron a las pacientes más tranquilas y dispuestas al diálogo como resultado de la validación. La terapeuta le preguntó a cada paciente en su sesión, *¿Has visto cuántas cualidades tienes como persona, profesional, madre y lo valiente que has sido?* Esta validación sin dudas ayudaba en la mejoría de su autoestima, su seguridad, tranquilidad y les creó fortaleza. Rogers (2011) considera que el ser humano logrará su máximo potencial a partir de la aceptación de sí mismo.

Hubo momentos en las sesiones, en que las pacientes mostraron algún sentimiento de ansiedad, nerviosismo, llanto, rabia, entre otros. Por ejemplo, al finalizar la narrativa de las primeras 10 imágenes de la aplicación del Test de Apercepción Temática (TAT), Mariposa 1 empezó a llorar y temblar por recuerdos de violencia y maltrato, produciéndose revictimización por sus traumas; lo mismo sucedió al referirse a la muerte de su madre. Se procedió a realizar ejercicios de RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA (TCC), se le dio a tomar agua, con esto se logró su relajación y se calmó ese estado emocional negativo que tanto ella como Mariposa 2 presentaron en algunas sesiones, logrando bajar el nivel de sintomatología. Se pospuso la aplicación de las restantes 10 láminas del test para la siguiente

sesión, de este modo se evitó reforzar sentimientos y síntomas negativos que removieron el trauma.

Con fines de trabajarse una imagen positiva de sí misma, se aplicó la técnica de MENTALIZACIÓN (TCC). Se logró que las pacientes se sintieran comprendidas, como una técnica también de regulación, que lo que padecen le importa a la terapeuta, sobre lo que expresaron sentir, creando esperanza, seguridad interna, se les ayudó a ver lo positivo, a quitarse culpa, a perder el miedo de contar lo que le sucede, a enfrentar sus miedos, como una forma de hacerles ver que solo enfrentándolos éstos se pueden superar. Preguntas como *¿Me podrías describir tus miedos? ¿Qué crees que te los ha producido?* fueron realizadas por la terapeuta a las pacientes/participantes no solo para ayudarlas a enfrentarlos sino también para medir el nivel de coherencia en su relato.

Mariposa 1 expresó un autoconcepto bajo en la mayoría de sus autodescripciones desde la primera sesión: *“No creo ser capaz de ser feliz ni hacer a nadie feliz”, “No siento que valgo nada”, “Me siento fea y gorda”*, en ese momento se le preguntó, *¿Cuáles evidencias te hacen pensar que no vales nada o que ningún hombre te pueda hacer feliz?* Esta técnica se llama FLECHA DESCENDENTE (TCC), con la cual los pacientes pueden identificar el impacto de pensamientos negativos en sus vidas; se logró bajar la fuerza de pensamiento negativo buscando argumentos que sustenten su pensar para que se convenzan de que no son argumentos que apoyan la realidad sobre sí misma. Esto ayudó a mejorar su autoconcepto y autoestima al afirmarles sus cualidades y validarlas.

Para mejorar la autoestima, se trabajó la REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (TCC) logrando que las pacientes cambiaran sus creencias irracionales por racionales. Por ejemplo: Mariposa 1 expresó que cuando le ha sucedido algo que le afecta negativamente, tiende a auto culpase o expresar adjetivos descalificantes sobre sí misma como: *“soy una*

*inútil, no sirvo para nada*”. La terapeuta le preguntó *¿Qué te parece si ese pensamiento lo cambias por el concepto opuesto, positivo, y piensas en tus logros y valores y en lugar de decirte, soy una inútil, te repites varias veces: “soy inteligente, brillante, esto a cualquiera le puede pasar”?* La técnica ayudó a mejorar su autoconcepto. Las pacientes expresaban comprometerse a hacer esos cambios y en sesiones siguientes comentaban sus progresos al dejar de autodetractarse.

En una de las sesiones, se les asignó como tarea, hacer un AUTOREGISTRO (TCC), y las pacientes plasmaron por escrito algunas situaciones o eventos negativos en la semana, el pensamiento que les generó y las emociones negativas (A, B, C). En la sesión siguiente se les preguntó: *¿Podrías sustituir cada una de esos pensamientos negativos por positivos, y así mismo describirme qué emociones positivas te generarían?* Al pensarlo, se convencieron del buen efecto que les hizo pensar distinto y las emociones negativas que evitaron.

En el momento que las pacientes se autocriticaban o se desmeritaban, se les asignó como tarea enlistar cinco cualidades de ellas, además, cinco cualidades que sus hijos pensaron sobre ellas. Se tomó en consideración a los hijos, pues ambas coincidieron en que son las personas más importantes en su vida-VIP. Esta tarea logró IDENTIFICAR Y AMPLIAR EXCEPCIONES (TCS), técnica que ayudó a relucir a que las pacientes pudieran valorar que no todo es negativo, sino que tienen muchas condiciones para sentirse bien y orgullosas de ellas según lo descrito. Las pacientes redefinieron su autoconcepto, mejorando su nivel de autoestima.

Durante las distintas sesiones, se recurrió a preguntas con objetivos puntuales propias de la TCS, como: PREGUNTA ESCALA ANCLAJE, (TCS) a través de estas se permitió conocer, cómo cada paciente logró tomar su decisión de abandonar la relación abusiva con su pareja y se les validó y reforzó sus habilidades para la toma de decisiones asertivas. Se les

preguntó: *¿Cómo lograste zarpas de esa relación abusiva? ¿Podrías evaluar del 1 al 10 cómo tú haber renunciado a esa vida de abusos te ha hecho sentir?* El 1 es el peor, el 10 el mejor estado. Las respuestas eran 10.

A su vez se les realizaron PREGUNTAS DE AFRONTAMIENTO, (TCS) logrando identificar recursos y potenciar sus fortalezas para haber salir adelante en situaciones adversas con sus parejas hacia la mejoría y el cambio. Se les preguntó, *¿De qué manera haber salido de esa relación abusiva te ha cambiado positivamente tu vida?*

También se utilizaron PREGUNTAS REFLEXIVAS, (TCS) las cuales llevaron a las pacientes a la introspección de modo que se hicieron conscientes de lo que no merecían, convenciéndose ambas de las razones que las llevaron a tomar su decisión. La terapeuta les hizo reflexionar preguntándole: *¿Cómo hubiera sido tu vida y la de tus hijos si hubieras seguido en esa relación con tu pareja recibiendo un trato que no mereces?* Enlistaron las consecuencias, tales como: “*Un infierno*”, “*Una maldición*”, “*Me hubiera suicidado hace rato*”, “*Mis hijos estuvieran enfermos y trastornados*”. Esto con la finalidad de que reafirmaran su decisión como buena, válida y valiente de salir y sus razones para evitar relaciones abusivas futuras, pero también para bajar los síntomas de culpa.

Cuando las pacientes expresaron culpa, como Mariposa 2 al expresar, “*Soy la culpable de los abusos recibidos por aguantarlos y haberme reconciliado con ese maltratador*”, la terapeuta le preguntó en sesiones individuales a cada participante ante expresiones de culpa, *¿Me pudieras mencionar algunas soluciones o alivio que ha producido en tu vida la culpa?* Respondieron emociones muy negativas y ninguna solución. Esto permitió que las pacientes reflexionaran entendiendo que la culpa no resuelve nada. Que nada de lo sucedido cambiará. Que es importante el presente, el hoy, y sólo recordar el ayer como

aprendizaje y lecciones para evitar errores a futuro, que sin sufrimiento no hay aprendizaje y sin aprendizaje, no hay cambios.

Para reducir los sentimientos de culpa e ira, se utilizó la técnica del ROLE PLAYING (TCC), apoyada en la externalización de esas emociones negativas en las pacientes. Ejemplo: La ira se sustituyó por Sra. Enojo y la Culpa se sustituyó por El Sr. Martillo. La terapeuta le preguntó a la paciente *¿Qué sientes cuando te visita la Sra. Enojo o el Sr. Martillo?* A lo que respondió: *¡Me duele! Me hace sentir horrible!* Inmediatamente la terapeuta la invitó a sacarlos, alejarlos de ella, la paciente expresó en el role playing *“¡No los quiero cerca Señora Enojo y Señor Martillo, salgan de aquí... me amargan la vida!”* Les cerró la puerta con pestillo para que no vuelvan a entrar. La terapeuta le expresó a la paciente, que el aquí, es su vida, su momento, su paz, su libertad. Concientizó a la paciente de que no merece la culpa que *“martilla tu mente y tu corazón sin ningún beneficio sino solo perjuicios de dolor”*. Las pacientes expresaron mucho alivio. El objetivo se cumplió logrando externalizar el sentimiento y reforzar el deseo y actitud de eliminarlo, con apoyo de la técnica de Psicoeducación concientizándoles de no aceptar lo que no merecen.

Aplicando una de las bases terapéuticas de la Terapia Centrada en Soluciones, solo se hurgó en el pasado para conocer la historia familiar o cuando la paciente lo indujo y cuando fue necesario generar preguntas para obtener de forma indirecta, informaciones subyacentes sobre abusos, violencias, traumas, como, por ejemplo, *¿Podrías mencionar, si deseas, qué te causa ese recuerdo?* En el caso de Mariposa 1 sobre el episodio del hermano, respondió: *“No recuerdo si abusó de mí, pero me despierto con pesadillas, dolor, ganas de llorar y ansiedad cuando visualizo su imagen y me viene al pensamiento”*. Esa pregunta denotó respuestas disociadas.

La PREGUNTA MILAGRO, fue otra de las técnicas de la Terapia Centrada en Soluciones, aplicada a ambas pacientes en sus intervenciones individuales para trabajar sus miedos y para el establecimiento de metas, permitiendo que las pacientes se proyectaran y se visualizaran hacia un futuro deseado. Se les pidió cerrar sus ojos y pensar en una situación desencadenante, que les generara miedo o preocupación. En otra sesión, visualizaran una meta o sueño por lograr. Imaginaron esa situación en un contexto bonito, positivo, con ojos cerrados, en su lugar favorito imaginario, solucionando eso que desean, que les atemoriza o les preocupa, y lo visualizaran como resuelto. Así mismo, viéndose lograr su meta. Expresaron: *“Siento alivio, alegría, optimismo y esperanza”*. *“No quería abrir mis ojos, me sentía feliz con mi problema resuelto”*. *“Me sentía abrazada por un hombre que me quiere y me protege”*.

Las perturbaciones de la paciente, la terapeuta logró convertirlas en soluciones alcanzables para ella. Al final de cada sesión, la terapeuta preguntó, *¿Qué te llevas de la sesión de hoy?* Respondían: *“Esperanza”*, *“Que para lograrlo hay que soñarlo”*, *“Que si quiero puedo”*, *“Que pueden desaparecer mis miedos si me lo propongo”*, *“Que es posible ser feliz”*. Fueron algunas de las respuestas de las pacientes al finalizar las sesiones.

La técnica de PSICOEDUCACION, fue también aplicada cuando la terapeuta le explicó a la paciente las razones de sus síntomas, lo que le pasa, lo importante de vivir y sentir sus emociones, enseñarle lo importante y positivo del aprendizaje de las crisis, para aprender de las situaciones que lo causaron y evitarla, pero crecer a través del sufrimiento. Así mismo, si bien se les enseñaron y aplicaron técnicas para minimizar el dolor y efectos de su trauma, se les explicó que éste no se olvida, sino que se aprende a vivir con él. Se les enseñó el significado de la violencia y lo que ésta conlleva, que la violencia es un delito y que nadie merece violencia de ninguna índole ni permitir que les hagan perder su criterio propio.

Así mismo comprendieron la importancia de recuperar el control de sus vidas, recuperar su propia voz y el derecho de planificar un futuro en busca de un proyecto de vida nuevo.

Como parte del trabajo terapéutico para lograr accionar hacia el cambio se TRABAJARON OBJETIVOS Y METAS (TCS) Se les pidió a las pacientes enlistar algunos deseos u objetivos que desean lograr y cómo, de manera que en las siguientes sesiones se midió sus progresos y cambios. Uno de los cambios importantes generados fue el establecimiento de límites. Mariposa 1 por ejemplo, a través de preguntas formuladas por la terapeuta y la técnica de psicoeducación, se hizo consciente de su etapa de adultez en la que vivir cohibida de sus libertades legítimas, de su espacio propio, su autonomía y la desaparición del control de sus hermanas, haciéndole ver que sólo eran logrables si ella establecía límites claros y se responsabilizaba de sus cambios en su vida. De esta forma aprendió a establecer límites en todo tipo de relaciones y con gran enfoque en sus parejas en las que la falta de límites afecta a la mujer y la vuelve víctima del control y la coerción.

Mariposa 1 decidió firmemente querer desaparecer esas reminiscencias de maltrato y violencia que recibió de su ex pareja, incluyendo juicios y control y se logró no dejarse afectar por las críticas y juicios que la terapeuta le sugirió considerar “encasquetados” que no le pertenecen y que no merece.

Tras el aprendizaje de establecer límites, las pacientes mejoraron la sintomatología visible en relación al inicio de la primera sesión. Cuando se les preguntó, *¿De qué forma has trabajado tus límites en tu casa con tu hermana?* Respondió: *“Le hice saber que en lo adelante nadie me controla ni me traza pautas a esta edad pues no soy una niña y debo tener control de mi propia vida”*. Excelente señal de establecimiento de límites y de que asumió superar esa etapa de “niña” en regresión. Una vez la paciente decidió no permitir dicho

control, demostró mejoría en su autonomía, su nivel de empoderamiento, desapareció la ansiedad, mejoró su autoestima.

Otra de las técnicas que se aplicaron, de la Terapia Cognitivo Conductual fue la **TÉCNICA DE SALIR A HACER ACTIVIDADES FUERA DE CASA** (A diferentes sitios no a los mismos). Esta técnica de la TCC, ayudó a las pacientes a empezar un plan de vida con nuevas metas y objetivos entre ellas, resaltándoles sus competencias. Les ayudó a la socialización para ampliar su red de apoyo-amigos, conocieran personas nuevas, buscaran ambientes que les generaran alegría, novedad, nuevas vivencias, donde no les implicara recuerdos de episodios de violencia ni anteriores parejas. Esto ayudó también a disipar recuerdos y situaciones traumáticas que les han generado tristeza.

Como se ha podido evidenciar, la utilización de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones como técnicas de intervención, manifiestan cambios positivos. Con relación a las consecuencias del trauma en las historias de ambas participantes, la bibliografía consultada avala la intervención clínica o psicológica desde el Modelo Cognitivo Conductual para la reducción o eliminación de síntomas propios del estrés postraumático; este enfoque terapéutico busca que la persona afectada no asocie las cogniciones o pensamientos traumáticos con emociones dolorosas a través de la identificación y narración de los hechos adversos como la culpa y la ira, sentimientos manifestados por las participantes de este estudio (Foa y Meadows, 1997; Prieto Larrocha, 2015 y Ramírez Treviño y Rodríguez Alcalá, 2012).

### **Cambios Post Intervenciones**

Las pacientes demostraron las siguientes condiciones de cambio al final de las sesiones, expresadas a través del Test de Rosenberg aplicado nueva vez, en la última sesión,

así como de preguntas generadas para evaluar su nivel de bienestar y efectividad de las terapias en sus cambios de actitud, pensamientos y conductas manifestadas.

### **Post Test**

Luego de finalizadas las siete sesiones de terapias individuales propuestas, se aplicó nueva vez la Escala de Autoestima de Rosenberg para evaluar si hubo cambios positivos en el nivel de autoestima post intervenciones, cuyos resultados fueron los siguientes:

*Tabla 2. Resultados Post Escala de Autoestima de Rosenberg.*

<b>Participante</b>	<b>Puntuación EAR</b>
Mariposa 1	28
Mariposa 2	30

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

n:2

Como se visualiza, las participantes pasaron de tener una autoestima en una categoría baja, la cual se atribuye a menos de 25 puntos en la EAR, a una auto valía media y alta, respectivamente, es decir, tras las intervenciones psicológicas estas empezaron a auto percibirse y valorarse de manera más positiva.

### **Análisis cualitativo**

El análisis cualitativo comprobó mejoras en diferentes aspectos de las participantes, en particular, su valía personal, resultados que coinciden con los evidenciados en la EAR.

Tras el proceso de intervención, a través de los instrumentos aplicados, las narrativas, las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones, se evidenciaron cambios positivos en la autoestima de las mujeres participantes. También,

durante el proceso terapéutico las pacientes se plantearon nuevas metas, la revisión positiva de planes y su ejecución, con la finalidad de lograr su autorrealización. Entre los avances fruto de las intervenciones, se destacan:

Mejoría del autoconcepto e imagen, mayor socialización, actitud de empoderamiento, así como el desarrollo y aprendizaje de habilidades sociales y asertividad para la toma de sus decisiones y ejecución de planes. Además, se evidenció una actitud alegre, diferente, resiliente, manifestada en distintas expresiones durante las siete sesiones, tales como:

*“Soy la única responsable de mis propios cambios”. “Estoy comprometida a pararme y no dejarme caer”. “Yo no vuelvo a soportar lo que no merezco”. (M1).*

*“Me siento más fuerte y de mis fracasos he sacado lecciones positivas”. “Para la próxima fiesta de disfraces iré de Mujer Maravilla, ¡soy fuerte, linda y poderosa!”. (M2).*

Se identificaron mejoras en la capacidad de autorregulación, en el establecimiento de límites, disminución de los sentimientos de culpa y del miedo, el reforzamiento positivo de la figura masculina, así como valoración del sentido de la vida y reducción de ideas suicidas:

*“Aprendí que lo que no depende de mí no lo puedo controlar ni cambiar”. (M1).*

*“Siento menos miedo a la oscuridad, al mañana, a lo desconocido, me toca explorar y enfrentar mis miedos sino nunca se me quitarán”. (M2).*

*“La culpa no resuelve nada. Solo genera peso y malestar”. (M1).*

*“Siento 100 libras menos de carga de recuerdos y dolor”. (M2).*

*“Me siento menos triste y pienso en lo bella que es la vida y en tantas personas luchando por vivir tratando de vencer enfermedades”. “Bloquearé mis pensamientos negativos”. (M1).*

*“Aprendí a ser más compasiva conmigo primero”. (M2).*

*“Yo soy el timón de mi propia vida, ese que nadie me debe manejar sino yo misma”.*  
(M1).

*“No le daré a nadie el poder que no debe tener sobre mí, mucho menos el de hacerme sufrir”. (M2).*

*“No todos los hombres son iguales”. (M1).*

Se logró el rapport entre las participantes y la terapeuta a través de la confianza en las intervenciones, la comprensión, la empatía y la validación.

*“Gracias por comprenderme. Me aliviaste porque entendiste mi dolor.” (M1).*

*“Esta fue una súper experiencia, me encantaron las sesiones, no quiero que se terminen... cuento contigo”. “Llorar se vale para descargar, esta vez me sentí con ganas de llorar, pero de alegría por mis logros. Me siento otra, me siento nueva, no me cambio el nombre de chepa”. (M2).*

Los resultados evidencian, al igual que en otros estudios, que la violencia de pareja impacta negativamente la autoestima de la mujer (Castillo Saavedra, Bernardo Trujillo y Medina Reyes, 2017; Lara Caba, 2019; Nava Navarro, Onofre Rodríguez y Báez Hernández, 2017 y Núñez Emeterio, 2023). Sin embargo, estos resultados difieren de los hallazgos encontrados por otras investigaciones en las cuales no encontraron evidencia de que existe una relación entre la violencia y el nivel de autoestima de la persona (Gallegos et al., 2019; Santandreu y Ferrer, 2014).

El aumento en los niveles de autoestima de Mariposa 1 y Mariposa 2 tras las intervenciones psicológicas, pudieran ser resultado de la aplicación de las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones, las cuales han

demostrado su eficacia en el bienestar de mujeres víctimas de violencia y con baja autoestima, coincidiendo estos hallazgos, con los resultados de otros estudios que refieren la efectividad de ambos tipos de terapias para aumentar la autoestima en sobrevivientes de violencia (Guajardo Riojas, y Cavazos Cisneros, 2013; Mera Vallejos y Ríos Vélchez, 2018; Santandreu y Ferrer, 2014 y Tamez Osollo, 2016).

Por otro lado, se encontraron expresiones de un mejor estado de ánimo y disminución de síntomas depresivos; pudiesen estar asociados a la asignación de tareas, herramienta propia de la TCC, y que conllevaban el accionar del paciente (Santandreu y Ferrer, 2014).

Se lograron los objetivos terapéuticos propuestos y se evidenció la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones en el tratamiento de las víctimas de violencia conyugal y en haber logrado un cambio positivo en la autoestima de las participantes. Estos resultados van en la línea de lo encontrado por Barcellos Serralta et al., (2011), Ramírez Treviño y Rodríguez Alcalá (2012) y Habigzang et al., (2019), quienes reiteran el éxito de ambas terapias, reflejando mejorías en la autoestima, la reducción de los niveles de ansiedad y depresión, así como la minimización de los síntomas de estrés postraumático, además de evidenciar cambios positivos asociados al aprendizaje de nuevos recursos emocionales.

### **Limitaciones**

Este trabajo de investigación tuvo algunas limitaciones. Se hizo muy difícil el referimiento de participantes para este proyecto, representando una pérdida de tiempo en espera de respuestas de algunas instituciones gubernamentales contactadas que tienen gran burocracia interna para la toma de decisiones. Una muestra mayor de participantes hubiera arrojado resultados más confiables acerca de la relación autoestima y violencia o abuso

emocional. El horario disponible de las participantes no siempre coincidía con la disponibilidad de la terapeuta, de ahí que dos sesiones tuvieron que ser virtuales.

Siete sesiones de una hora según estipulado inicialmente, no hubieran generado resultados como los obtenidos en un relativo corto tiempo, de ahí que para lograr los objetivos propuestos, las sesiones hubo que hacerlas de 90 minutos cada una como mínimo. La revictimización del trauma en una de los pacientes, significó un retraso en el logro de los objetivos de algunas sesiones pospuestos para las siguientes. El tiempo fue relativamente corto ante pacientes con tantas afecciones a ser tratadas. El local de la Fundación Rescatando Mariposas estaba en reparación, por lo que quizás hubiera representado mayor conveniencia para una de las pacientes en términos de distancia y ubicación.

### **Recomendaciones**

La incorporación de otros instrumentos de medida pudiera reforzar la validez y confiabilidad de los resultados. Realizar investigaciones de este tema con intervenciones grupales puede proveer un resultado con mayor proyección de confiabilidad. Incorporar coterapeutas de la institución referidora de los participantes del proyecto de investigación o de la universidad UNIBE, como oyentes presentes, hubiera sido una excelente referencia para constatar el trabajo realizado y su efectividad.

Es recomendable la aplicación de otras técnicas y terapias para tratar recaídas depresivas, el trauma, los miedos tales como, Desensibilización Sistemática, por ejemplo, EMDR, terapia sexual, terapia familiar, terapia de apoyo, entre otras.

### Referencias

- Almonacid, F., Daroch, C., Mena, P., Palma, C., Razeto, M., y Zamora, E. (1996). Investigación social sobre violencia conyugal. *Última Década*, (4), 1-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/195/19500414.pdf>
- Báez, L. C. (2014). Análisis comparativo del vínculo transferencial. Una discusión entre psicología y psicoanálisis. *Repositorio Universidad UNAB*. Universidad Autónoma de Bucaramanga. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/15543>.
- Barcellos Serralta, F., Tiellet Nunes, M. T., Eizirik, C. L., y Pontificia Universidad de Católica de Campinas. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 501-510. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2011000400010>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brower.
- Branden, N. (2011). *Los seis pilares de la autoestima: El libro definitivo sobre la autoestima por el importante especialista en la materia (2a ed.)*. Ediciones Paidós.
- Bogantes Rojas, J. (2008). Violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 55-60. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152008000200006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152008000200006&lng=en&tlng=es).
- Bolinches, A. (2015). *El secreto de la autoestima*. Editorial de Bolsillo.
- Bowen, M. (2016). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Georgetown Family Center, Inc.
- Brea Franco, R. M. (2015). *El Duelo: Un camino hacia la transformación*. Editora Búho.

- Cáceres Ureña, F., & Estévez Then, G. (2004). Violencia conyugal en la República Dominicana: hurgando tras sus raíces. profamilia.org.do.  
[https://observatoriojusticiaygenero.poderjudicial.gob.do/documentos/PDF/doctrinas/DOC\\_lib\\_violencia\\_conyugal.pdf](https://observatoriojusticiaygenero.poderjudicial.gob.do/documentos/PDF/doctrinas/DOC_lib_violencia_conyugal.pdf)
- Castillo Saavedra, F., Bernardo Trujillo, J. y Medina reyes, M. (2017). Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja – Huaraz, 2017. *Horizonte Médico*, Vol. 18, no.2, Perú. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2018000200008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2018000200008&script=sci_arttext&tlng=en)
- Chávez Intriago, M. y Juárez Méndez, A. (2016). Violencia de género en Ecuador. *Revista Publicando*, Vol. 3, N°. 8, 104-115.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5833409>
- De Mézerville, G. (2003). Ejes de salud mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. Editorial Trillas.
- Del Castillo Drago, H., Bedoya Olaya, A. y Caballero Andrade, M. (2022). El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica. *Revista De Psicología*, 11(2), 121–143.  
<https://doi.org/10.36901/psicologia.v11i2.1401>
- Dibacco, T. (2017). The Effect of Self-Esteem on Perceptions of Abuse. ScholarWorks@BGSU. <https://scholarworks.bgsu.edu/honorsprojects/720/>
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Javier Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Suplemento), 139–146. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7971>

Echeburúa, E. y Muñoz, J. (2016). Límites entre la violencia psicológica y la relación de pareja meramente disfuncional: implicaciones psicológicas y forenses. *Anales De Psicología*, 33(1), 18. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.1.238141>

Echeburúa, E. (2018). *Violencia y trastornos mentales*. Ediciones Pirámides.

Foa, E., & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder A critical review. In J. Spence, J. M. Darley and D. J. Foss (Eds.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 48, pp. 449-480). Palo Alto, CA Annual Reviews.  
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=213695](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=213695)

Freites Betances, A. (2020). “Sexualidad en mujeres con historia de violencia sexual” (Tesis doctoral). Universidad de Almería, España. Disponible en:  
<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/10833/FREITES%20BETANCES%20AIDA%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gallegos, A., Sandoval, A., Espín, M. y García, D. (2019). Autoestima y violencia psicológica contra mujeres universitarias en sus relaciones de pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Vol. 1(3), 139-148.  
<https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/97/77>

Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342006000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342006000300004&script=sci_arttext)

Guajardo Riojas, N. y Cavazos Cisneros, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 16 (2).

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art10.pdf>

Habigzang, L., Ferrerira Petersen, M., y Zamagna Maciel, L. (2019, 1 diciembre). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples.

<https://www.redalyc.org/journal/4595/459561487008/html/>

Health, N. C. C. F. M. y National Institute for Clinical Excellence. (2005). Post-traumatic Stress Disorder. Royal College of Psychiatrists.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). Metodología de la Investigación, Quinta edición. México: McGRAW-HILL.

Hidalgo, A. (2021). ¿Qué es el rapport? Conoce las mejores técnicas para generar una buena relación. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-el-rapport-conoce-las-mejores-tecnicas-para-generar-una-buena-relacion/>

Hirigoyen, M. (2006). Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en pareja. Ediciones Paidós Ibérica.

Jaramillo Sierra, A. L. y Ripoll Núñez, K. (2018). Adaptación de un programa de intervención para violencia situacional de parejas. *Revista de Estudios Sociales* [En línea], 66. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/28173>

Lara Caba, E. Z. (2019). Autoestima en las mujeres víctimas de violencia por la pareja íntima. *Aula Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 9-16. <https://doi.org/10.33413/aulahcs.2019.65i2.116>

Larrea Velazco, N. (2021). *Transmisión intergeneracional del trauma psicológico: una revisión sistemática*. Universidad de Oviedo.

<https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/59863>

Lutz, A. (2022). ¿Qué es la Terapia Centrada en Soluciones? The Institute for Solution-Focused Therapy. <https://solutionfocused.net/que-es-la-terapia-centrada-en-soluciones/>

Madrigal Bonilla, A. (2012). Disociación como defensa al trauma: caso clínico de fuga disociativa. *Revista Cúpula*, Vol. 26, no. 2: 9-18.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/v26n2.pdf#page=9>

Medina Quispe, C., Quispe Huamani, Y., Linares Chumbile, A. y Huaccho Rojas, J., (2022).

Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(4), 578-583. <https://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1349>

Medina Macías, A. (2009). *Violencia y autoestima de la mujer: investigación y situación en Aguascalientes (Tesis de maestría)*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. México.

<https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/629225/33068001077579.pdf?sequence=1>

Mera Vallejos, S. y Ríos Vilchez, L. (2018). *Propuesta de un programa cognitivo conductual en la autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar (Tesis de grado)*.

Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú.

<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/7025>

Murray, H. (2004). *Test de apercepción temática TAT manual para la aplicación*. Buenos Aires, Argentina: editorial Paidós.

- Naranjo Pereira, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", 7(3), 0. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>
- Nava Navarro, V., Onofre Rodríguez, D. y Báez Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. Enfermería Universitaria, 14 (3): 162-169. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300386>
- Navarro Góngora, J. (2015). Violencia en las Relaciones Íntimas: una perspectiva clínica. Herder Editorial.
- Núñez Emeterio, Y. A. (2023). Impacto de la violencia de pareja en la autoestima de la mujer (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), (2014). *“Algunos factores asociados a la violencia conyugal en República Dominicana, ENDESA 2013”*. Panorama Estadístico, Vol. 6, No. 72. pp.1-2. <https://one.gob.do/media/ctximjus/bolet%C3%ADnpanoramaestad%C3%ADstico72algunosfactoresasociadosviolenciaconyugalreptomendesa2013sep2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. paho.org. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf)
- Paiva, T., Da Silva Lima, K. y Cavalcanti, J. G. (2022). Abuso psicológico, autoestima e dependência emocional de mulheres durante a pandemia de COVID-19. Ciências Psicológicas. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2257>

- Pallás Serrano, D. (2022). El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma [Pitillas, 2021]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 70, 9. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001191>
- Pereda, N., Greco, A., Hombrado, J., Segura, A. y Gómez Martín, V. (2018). ¿Qué factores inciden para romper el silencio de las víctimas de abuso sexual? *Revista Española De Investigación Criminológica*, 16, 1–27. <https://doi.org/10.46381/reic.v16i0.195>
- Pérez Martínez, V. y Hernández Marín, Y. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25 (2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200010)
- Pitillas Salvá, C. (2021). El daño que se hereda. Editorial Desclée De Brower.
- Prieto Larrocha, M. (2015). Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en Infancia Maltratada (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48124/1/TESIS%20FINAL.%20MACARENA%20PRIETO%20LARROCHA.pdf>
- Póo, A. M. y Vizcarra, M. B. (2008). Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios. *Terapia psicológica*, 26(1), 81-88. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100007>
- Ramírez Treviño, J. y Rodríguez Alcalá, J. C. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en soluciones y Cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 15, no. 2. pp. 610-635. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37963>
- Riso, W. (2015). Amores altamente peligrosos. Grupo Planeta (GBS).

- Rivas Rivero, E. y Bonilla Algovia, E. (2019). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11 (1), 54-67.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/00c1/ad5dd0b44c90783e81d26126d21f84d22495.pdf>
- Rogers, C. (2011). El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica. Ediciones Paidós.
- Rojas, E. (2011). No te Rindas. Ediciones Planeta Madrid.
- Rojas, E. (2014). Vive Tu Vida: La Autoestima en las Distintas Etapas de la Vida. Ediciones Planeta.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruiz, A. L. y Guerrero Ángeles, E. A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de Primera respuesta: ¿trastorno por estrés Postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, Vol. 28 no. 2. pp. 252-265  
<https://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363/327>
- Salvador, M. (2020). El trauma psicológico un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, Vol. 20, N°. 80, 2009, págs. 5-16.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3299567>
- Santandreu, M. y Ferrer, V. (2014). Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de pareja: la culpa y la ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 19, no. 2, pp. 129-140. [https://www.aeppc.net/wp-content/uploads/2020/05/05\\_2014\\_n2\\_santandreu\\_ferrer.pdf](https://www.aeppc.net/wp-content/uploads/2020/05/05_2014_n2_santandreu_ferrer.pdf)

- Santandreu, M. y Ferrer, V. (2014). Eficacia de un Tratamiento Cognitivo Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Violencia de Género. *Psicología Conductual*, Vol. 22, no. 2, pp. 239-256 [https://www.researchgate.net/profile/Victoria-Ferrer-Perez/publication/268629431\\_EFICACIA\\_DE\\_UN\\_TRATAMIENTO\\_COGNITIVO\\_CONDUCTUAL\\_PARA\\_EL\\_TRASTORNO\\_DE\\_ESTRES\\_POSTRAUMATICO\\_EN\\_VICTIMAS\\_DE\\_VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO/links/55d6e11508ae9d65948bffde/EFICACIA-DE-UN-TRATAMIENTO-COGNITIVO-CONDUCTUAL-PARA-EL-TRASTORNO-DE-ESTRES-POSTRAUMATICO-EN-VICTIMAS-DE-VIOLENCIA-DE-GENERO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Victoria-Ferrer-Perez/publication/268629431_EFICACIA_DE_UN_TRATAMIENTO_COGNITIVO_CONDUCTUAL_PARA_EL_TRASTORNO_DE_ESTRES_POSTRAUMATICO_EN_VICTIMAS_DE_VIOLENCIA_DE_GENERO/links/55d6e11508ae9d65948bffde/EFICACIA-DE-UN-TRATAMIENTO-COGNITIVO-CONDUCTUAL-PARA-EL-TRASTORNO-DE-ESTRES-POSTRAUMATICO-EN-VICTIMAS-DE-VIOLENCIA-DE-GENERO.pdf)
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la educación*. Mc Graw-Hill.
- Satir, V. (2020). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Editorial Terracota.
- Silva Núñez, G., León Andrade, M. y Ortega Hernández, A. (2017). Violencia de género, análisis de casos en el CAISES Yuriria. *Rev. Jóvenes en la Ciencia*. Vol. 3 No.2. pp. 1179-1183 <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/4513>
- Tacca Huamán, D., Cuarez Cordero, R. y Quispe Huaycho, R. (2020). Habilidades Sociales, Autoconcepto y Autoestima en Adolescentes Peruanos de Educación Secundaria, *International Journal of Sociology of Education*, 9(3), 293-324 <http://doi.org/10.17583/rise.2020.5186>
- Tamez Osollo, A. (2016). Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Tibaná Ríos, D., Arciniegas Ramírez, D. y Delgado Hernández, I. (2020). Tipos y manifestaciones de la violencia de género: una visibilización a partir de relatos de

mujeres víctimas en Soacha, Colombia. *Prospectiva*, (30), 117-144. Epub December 30, 2020. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i30.8803>

Trull, T. y Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Cengage Learning Latin America.

Vázquez A., Jiménez R. y Vázquez R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol* [Internet]. 22(2): 247–255.

Disponible en:

[https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file\\_1.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1).

Ventura Aliello, Y., Cervera Estrada, L., Díaz Brito, Y., Marrero Molina, L. y Pérez Rivero, J. (2005). Violencia conyugal en la mujer. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(5), 54-60.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552005000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000500007&lng=es&tlng=es).

Yugueros García, A. (2015). Mujeres que ha padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia. *Revista Poiésis*, Vol. 30, 13-19.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-999414>

## Anexos

## Anexo A: Certificación en Ética de Investigación

CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	
	
<b>Nombre Completo</b>	Giselle Maria Ureña Pérez
<b>Matrícula o código institucional</b>	221086
<b>Carrera/Posición:</b>	Psicología Clínica
<b>Estado del examen</b>	Aprobado
<b>Número de Certificación</b>	DIAIRB2023-0018
<b>Fecha</b>	Thursday, February 2, 2023
	<b>Firma CEI</b>
	
	Michael A. Alcántara-Minaya, MD Coordinador Comité de Ética Vicerrectoría de Investigación e Innovación Universidad Iberoamericana (UNIBE)
	

**Anexo B: Autorización Fundación Mariposas**

Santo Domingo, R. D.  
30 de Marzo del 2023.

Señores  
UNIBE-POSTGRADO  
Ciudad.-

Atención: Lic. Vanessa Espailat

Estimados señores:

En atención a su solicitud expresada en su carta de fecha 24 de marzo del año en curso, autorizamos por este medio que la Lic. Giselle Ureña Pérez, exequátur número 361-19 y matrícula 22-1086, estudiante de la Especialidad Intervención en Psicoterapia, pueda realizar las intervenciones terapéuticas con víctimas de abuso emocional en esta fundación, con miras a cumplir los objetivos de su proyecto de investigación final o Tesis, acorde a la descripción detallada en dicha comunicación recibida.

Para nosotros es importante que sea garantizada la confidencialidad de la información y datos de las víctimas así como de los procesos terapéuticos y resultados de los procesos llevados a cabo en esta Fundación, los cuales deberán ser estrictamente utilizados para los fines descritos como objeto de dicho proyecto de investigación.

Atentamente,

Sonia Perozo Barinas  
Presidenta



**Anexo C: Consentimiento Informado****Universidad Iberoamericana  
Escuela de psicología****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este proyecto de investigación, el cual será desarrollado a fines de evaluar cómo la intervención clínica puede ayudar a mujeres con baja autoestima que han salido de una relación de pareja con abuso emocional, tiene como propósito trabajar el daño psicológico y las emociones que han afectado su autoestima y tratar de reparar esas emociones y sus secuelas, identificando cada una de ellas y trabajarlas con las terapias adecuadas para contribuir a superar el daño psicológico, reflejando un mayor nivel de autoestima, un mayor empoderamiento y bienestar al concluir dicho proyecto.

El desarrollo del programa se llevará a cabo en seis (6) sesiones de intervenciones individuales por caso, de una hora semanal en cada intervención, en las cuales serán aplicadas las terapias Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones, de forma adecuada con tareas que serán asignadas. Se aplicarán pruebas o cuestionarios tales como la Escala de Autoestima de Rosenberg (Prueba de 10 preguntas de duración de 5-10 minutos) y el Test de Apercepción Temática (TAT) (Presentación de 20 láminas en dos sesiones-total 90-120 minutos) para medir el nivel de autoestima, vivencias, sentimientos, emociones, impulsos, conflictos dominantes de la personalidad, entre otros aspectos. Al final de las intervenciones evaluaremos los posibles cambios que las terapias hayan ejercido en la actitud de las mujeres que forman parte de este proyecto de investigación. Cada sesión tendrá lugar en un consultorio o espacio privado de la institución participante en el referimiento de cada caso.

Entre los beneficios de ser participante en este proyecto de investigación, están: la ayuda que las técnicas, abordaje y habilidades que la terapeuta aplicará o pondrá en práctica a favor de lograr un mayor bienestar emocional y empoderamiento de las participantes, cuya mejoría podrá manifestarse en su vida personal, sus relaciones interpersonales y en distintos ámbitos de su vida. Así mismo, que puedan afrontar el empoderamiento para evitar el abuso emocional o psicológico y aprender a manejar o regular sus emociones y sensibilidades con miras a generar un cambio positivo. Otro de los beneficios es el acompañamiento en momentos de vulnerabilidad, tristeza, recordación del abuso del que han sido víctimas y la debida orientación para sobreponerse acorde al objetivo que se quiere alcanzar sintiéndose en desahogo, siendo escuchadas y apoyadas profesionalmente. Los riesgos que pueden representar este tipo de investigación es la recordación del momento traumático, pues en las sesiones se pueda remover emociones de las secuelas del daño recibido por el abuso, ansiedad, nerviosismo, deseos de llorar o deseos de abandonar la sesión.

Para garantizar la confidencialidad de los datos personales e informaciones personales reveladas, será sustituido su nombre por un código único de identificación, sin que su nombre aparezca en la investigación ni en ninguna publicación o prueba aplicada. Los datos personales

e informaciones no serán revelados y serán utilizados con el solo propósito de esta investigación. Así mismo serán guardados en un lugar bajo llaves en custodia solo por la persona autorizada y participante de las intervenciones o sesiones. Es importante que sea reconocida la participación voluntaria de cada persona que formará parte de este proyecto de investigación, tanto del terapeuta como de las participantes quienes en ningún caso recibirán compensación económica.

Así mismo, será de plena libertad, la decisión de terminar con la colaboración en este proyecto de investigación o cese de su participación en cualquier momento de quien así lo desee por alguna razón personal, sin ningún tipo de coerción o penalidad, pues no representa obligación participar en el mismo.

Para cualquier aclaración, pregunta, información o duda, puede comunicarse con la Licenciada Giselle Ureña al teléfono (809)-816-0545 y al correo [giselleup@yahoo.com](mailto:giselleup@yahoo.com)

-----  
Participante

-----  
Terapeuta

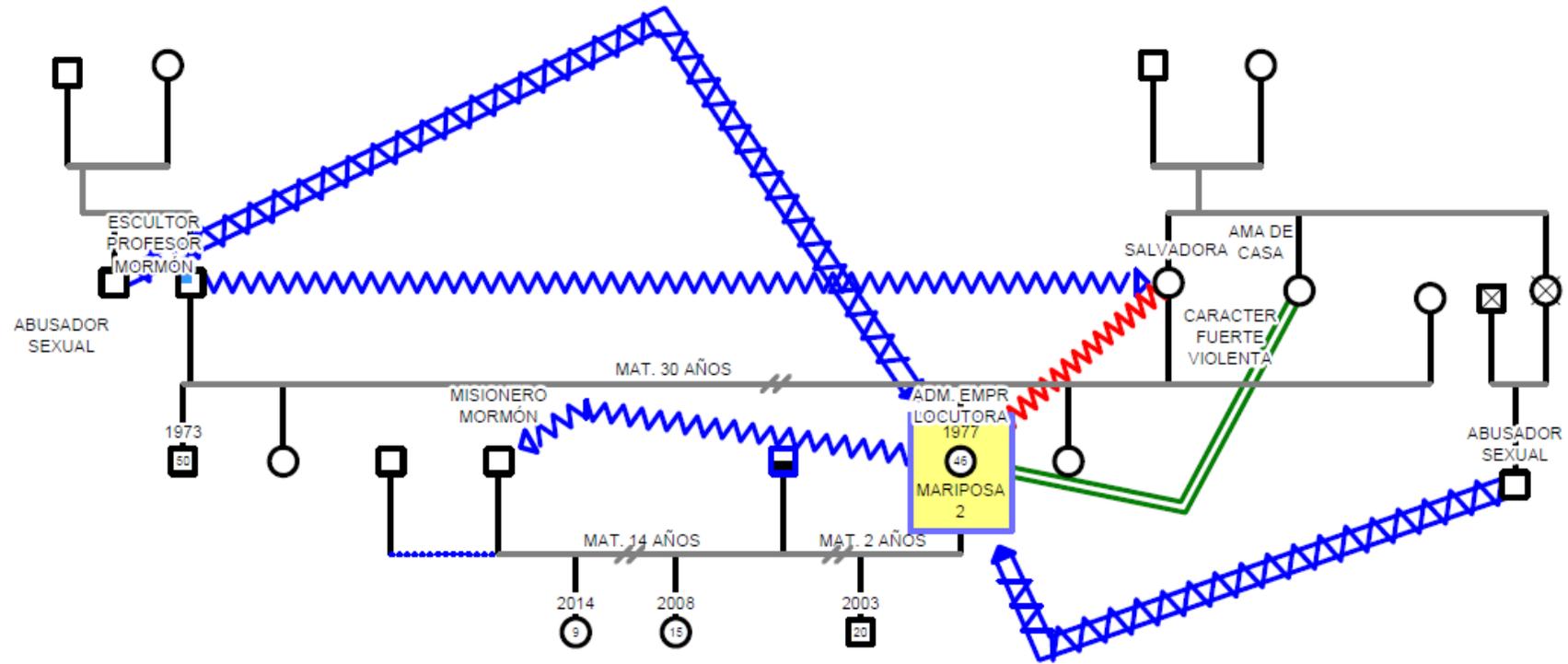
## Anexo D: Programa de intervención

Sesión	Objetivo	Actividades	Técnicas	Tiempo
1	Crear rapport-contexto seguro y aplicación de pre test-Evaluar nivel de autoestima pre-intervenciones. Concientizar sobre la violencia y sus consecuencias. Conocer Historia de Vida de las participantes.	Explicación, aclaración de dudas y firma del consentimiento informado, aplicación de la escala de Autoestima de Rosenberg. Escuchar historia de Vida y relaciones familiares.	Psicoeducación. “No Saber”. Preguntas sobre el problema. Observación de patrones de conducta y de interacción. Genograma. Autorregulación. Validación.	90 minutos
2	Mejorar la autoimagen, Autoconcepto, reforzamiento del yo y minimizar sintomatología.	Aplicación del Test de Apercepción Temática. Cambiar creencias irracionales por racionales, Potenciar fortalezas. Registrar actividad, pensamiento y emociones negativas en una semana, ABC.	Mentalización. Validación. Reestructuración Cognitiva. Flecha Descendente. Identificar Excepciones. Autorregistro-Tarea.	90 minutos
3	Reforzamiento del yo, Trabajar los miedos, minimizar el impacto o daño de la experiencia traumática-, mejorar sintomatología.	Evaluación de autorregistro-cambio de los pensamientos irracionales-concientizar sobre las emociones positivas que genera. Hablar de los miedos-restarle fuerza. Recordación de lección aprendida. Relajación.	Psicoeducación. Validación-Recordarle sus competencias. Autorregulación-Estabilización-Respiración Diafragmática.	90 minutos
4	Mínimizar sentimiento de culpa e ira.	Role Playing sustituir adjetivos por sustantivos. Enlistar “soluciones” de la culpa y la ira. Sacarlos hacia afuera.	Externalización. Psicoeducación.	90 minutos
5	Reforzamiento del yo y Establecer límites.	Enlistar consecuencias de no haber salido de la relación abusiva, asumir su rol, no	Preguntas Reflexivas. Psicoeducación.	90 minutos

		permitir lo que no le corresponde. Priorizarse.		
6	Lograr Empoderamiento. Habilidades sociales, Asertividad. Búsqueda de sentido de vida.	Reflexión sobre cómo se tomaron las decisiones de abandonar la relación abusiva, Listado de Metas y Objetivos según jerarquización, Potenciar fortalezas	Preguntas de Escala-Anclaje, Preguntas de Afrontamiento. Trazar Objetivos y Metas. Preguntas de Afrontamiento. Validación.	90 minutos
7	Lograr la autorrealización, Recuperar criterio propio, Evaluar cambios positivos	Evaluación de actividades hacia el logro de metas y objetivos. Clasificar nivel de cambios.	Pregunta Milagro y evaluación del sentimiento generado. Actividades Fuera de Casa Evaluación de cambios técnica del 1 al 10. Aplicación de Escala de Rosenberg.	90 minutos



Anexo F: Genograma Mariposa 2



## Anexo G: Escala de Autoestima de Rosenberg

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

## Anexo H: Test de Apercepción Temática

Lámina 1



Lámina 2



Lámina 3NM



Lámina 4:



Lámina 5:



Lámina 6NM:



Lámina 7NM:



Lámina 8NM



Lámina 9NM:



Lámina 10:



Lámina 11



Lámina 12 M



Lámina 13 HM:



Lámina 14

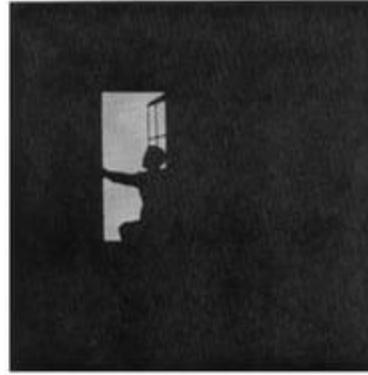


Lámina 15



Lámina 17NM



Lámina 18NM



Lámina 19:



Lámina 20

