

Intervención Cognitivo-Conductual Breve en una paciente con sentimiento de culpa derivado de violencia de género. Un caso clínico.

Álvarez-García, Horacio Balam^{1,2*}; Lugo-González, Isaías Vicente³;

Becerra Gálvez, Ana Leticia⁴

¹Clinica de Trastornos de Sueño. Facultad de Medicina. UNAM.

²Programa de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontologías y de la salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM.

³Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UIICSE). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM

⁴Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM

Resumen: La violencia hacia la mujer representa un problema a nivel mundial que afecta la integridad física y psicológica de la persona que la padece. Una de las problemáticas frecuentes en las mujeres que experimentan violencia además del miedo y la ansiedad son los pensamientos de culpa. El objetivo del presente caso clínico es describir los efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual breve en la culpa derivada de una agresión física sufrida por una joven de la Ciudad de México. La intervención se constituyó por siete sesiones en las cuales se emplearon técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática profunda, distracción cognitiva y experimentos conductuales. Los cambios clínicos se valoraron con la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), la Escala para medir sentimiento de culpa (SC-35) y autorregistros semanales de la frecuencia y la intensidad de la respuesta. Los resultados revelan cambios clínicos en la EVEA (pre=75%, post=90%) y en el SC-35 (pre=115, post=64). Estos cambios se mantuvieron en el seguimiento a un mes. Se concluye que la intervención fue clínicamente significativa para la paciente, permitiendo disminuir el malestar percibido, sin embargo, se sugiere incluir una perspectiva de género y procesos psicoeducativos para la identificación de otras dimensiones de la violencia en el abordaje de este tipo de casos.

Palabras clave: culpa, terapia cognitivo conductual, violencia hacia la mujer.

Recibido: 28 de septiembre de 2022. Aceptado: 22 de febrero de 2023

Received: September 28th, 2022. Accepted: February 22nd, 2023

Brief Cognitive-Behavioral Intervention in a patient with feelings of guilt derived from gender violence. A clinical case.

Abstract: Violence against women represents a worldwide problem that affects the physical and psychological integrity of the person who suffers it. One of the frequent problems in women who experience violence in addition to fear and anxiety are thoughts of guilt. The objective of this clinical case is to describe the effects of a brief Cognitive-Behavioral Intervention on the guilt derived from physical aggression suffered by a young woman from Mexico City. The intervention consisted of seven sessions in which techniques such as psychoeducation, deep diaphragmatic breathing, cognitive distraction, and behavioral experiments were used. Clinical changes were assessed with the Mood State Assessment Scale (EVEA), the Scale to measure feelings of guilt (SC-35), and weekly self-records of the frequency and intensity of the response. The results reveal clinical changes in the EVEA (pre=75%, post=90%) and in the SC-35 (pre=115, post=64). These changes were maintained at a one-month follow-up. It is concluded that the intervention was clinically significant for the patient, allowing to reduce the perceived discomfort, however, it is suggested to include a gender perspective and psychoeducational processes for the identification of other dimensions of violence in the approach of this type of case.

Keywords: guilt, cognitive behavioral therapy, violence against women.

(*) hbgarcia_mosh11@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la violencia hacia a las mujeres y las niñas en cualquiera de sus manifestaciones, representa uno de los principales problemas sociales debido a la alta incidencia de agresiones y sus repercusiones en la salud mental en aquellas que la han padecido (Oram et al., 2017; Oram et al., 2019). Las formas de violencia más comunes en las mujeres son el abuso físico (golpes y agresión verbal) y sexual (Bohra et al., 2015; Chhabra et al., 2020).

Al respecto, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres ONU Mujeres (2015) menciona que, en contextos como el hogar, en el trabajo e incluso en la calle, la violencia contra las mujeres y las niñas representa una violación a los derechos humanos. Agrega que, si bien la violencia es ejercida frecuentemente por algún compañero sentimental, también podría ser ejercida por otra persona principalmente por hombres.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía, (2019) en México se reporta que el 66.1 % de las mujeres mayores de 18 años han sufrido algún tipo de violencia, siendo la pareja la generadora de violencia en un 43.9% de los casos. La violencia emocional es más frecuente (34.3%) en mujeres casadas, mientras que la violencia física es más frecuente (4.9%) en mujeres solteras.

Se ha reportado que las mujeres que sufren algún tipo de violencia pueden llegar a desarrollar ansiedad, depresión, abuso en el consumo de sustancias y trastornos por estrés posttraumático (TEPT) (Satyanarayana et al., 2015). Además, las mujeres que han sufrido violencia física o sexual tienden a experimentar vergüenza y culpa debido al estigma que se genera en las dependencias gubernamentales (Aakvaag et al., 2016).

2. MARCO TEÓRICO

La culpa, se define como el resultado de la evaluación negativa o conducta relacionada con el evento traumático; suele acompañarse en muchas ocasiones, de vergüenza relacionada con la evaluación negativa de sí mismo (Beck et al., 2011).

De acuerdo con el modelo multidimensional de culpa (Kubany, 1997), ésta se desarrolla por la combinación del estrés agudo derivado de la exposición a un evento traumático y cuatro elementos de relevancia divididos en: 1) la percepción de responsabilidad por provocar el evento, 2) la percepción sobre su actuar durante el evento traumático, 3) la transgresión de los valores morales y 4) la prevención o previsión sobre la ocurrencia del evento traumático. Por lo tanto, la culpa es un proceso de evaluación negativa que mantiene el malestar emocional (por ejemplo: enojo o tristeza) en las personas (Kubany & Watson, 2003, Browne et al., 2015).

Las manifestaciones de la culpa se han reportado en diferentes poblaciones sometidas a eventos traumáticos como mujeres que sufrieron abuso sexual (Nishith et al., 2005), veteranos de guerra con síntomas de TEPT (Norman, et al, 2018), y excombatientes con ideación suicida (Cunningham et al., 2017).

Bajo este modelo se desarrolló una intervención de corte Cognitivo- Conductual cuyo objetivo es disminuir las alteraciones emocionales asociadas con la culpa y lograr un procesamiento del evento traumático más adaptativo (Kubany et al., 1995; Kubany & Manke, 1995). Esta intervención ha demostrado eficacia en el tratamiento de la culpa en mujeres sobrevivientes a combate (Kubany et al., 2003), mujeres víctimas de violación que desarrollaron TEPT (Kubany et al., 2004) y en veteranos de guerra (Norman et al., 2014).

Igualmente, se ha replicado en Polonia con resultados favorables en la disminución de malestar emocional asociado a la culpa (Popiel, 2014) en los cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer (Mahmoudi et al., 2017) y en personas contagiadas por COVID-19 (Haller et al., 2020).

Bajo este marco de referencia, el objetivo del presente trabajo es mostrar la efectividad de una Intervención Cognitivo-Conductual breve sobre la culpa experimentada en una joven mexicana víctima de agresión física.

3. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso único con medidas pretratamiento postratamiento y seguimiento. Se evaluaron los parámetros de frecuencia e intensidad de la respuesta emocional, además de las medidas pretratamiento, postratamiento y seguimiento a un mes (Ato-García & Vallejo-Seco, 2015).

3.1 Análisis de datos.

Para el análisis de los datos se empleó el Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) expresado en porcentaje (Cardiel, 1994) para comparar los puntajes obtenidos en la escala SC-35, en cada subescala de la EVEA, así como en el promedio de episodios e intensidad en el enojo. Estos contrastes se realizaron entre preevaluación-postevaluación y preevaluación-seguimiento.

El CCO es recomendado al evaluar la significancia clínica de los efectos de un tratamiento psicológico y se obtiene calculando la diferencia entre la postevaluación (o seguimiento) y la preevaluación dividida entre esta última, indicando que un porcentaje \geq al 20% es clínicamente significativo. Cabe señalar que pueden existir cambios en decremento o incremento, esto en virtud del tipo de variable que se esté analizando (García-Flores y Sánchez-Sosa, 2013). Si se trata de una variable de incremento, la diferencia se obtiene entre la postevaluación (o seguimiento) y la preevaluación dividida entre la post evaluación.

3-2 Datos de identificación:

Se trata de FZ una mujer de 33 años al momento de la evaluación e intervención psicológica. Originaria y residente de la ciudad de Pachuca (en el estado de Hidalgo, México), soltera, sin hijos y vive sola. Su grado máximo de estudios es licenciatura en administración. En la actualidad se desempeña en el área de contabilidad, en una empresa de la ciudad donde reside. La usuaria reporta estar sana y niega durante la entrevista antecedentes psicológicos o psiquiátricos. Menciona que consume alcohol y tabaco de forma regular en

contextos de ocio los fines de semana a razón de seis copas por ocasión sin llegar a la embriaguez. Recientemente presenta una rutina de ejercicio diario a razón de una hora, además de dieta para control de peso. Percibe como estables sus redes de apoyo sociales en el contexto familiar y laboral.

3.3 Motivo de consulta.

Acude a sesión psicológica debido a constantes episodios de enojo durante el día y pensamientos de culpa que han comenzado a interferir en su trabajo, actividad física y relaciones sociales.

3.4 Historia del problema.

Durante la entrevista conductual, menciona que tres meses previos a la primera sesión psicológica, sufrió una agresión física (empujones) y verbal (insultos) por parte de un amigo varón con el que tenía seis meses saliendo con fines de ocio. A partir de este suceso, FZ ha notado que se siente culpable, teniendo pensamientos recurrentes asociados a su forma de actuar y recriminándose por no haber previsto la agresión. Aunado a ello, comenzó a observar que se enojaba con mayor facilidad y había comenzado a evitar salir sola por la noche o con sus amigos hombres.

3.5 Estrategia de evaluación

Se utilizó una sesión de evaluación clínica donde se aplicaron los siguientes instrumentos:

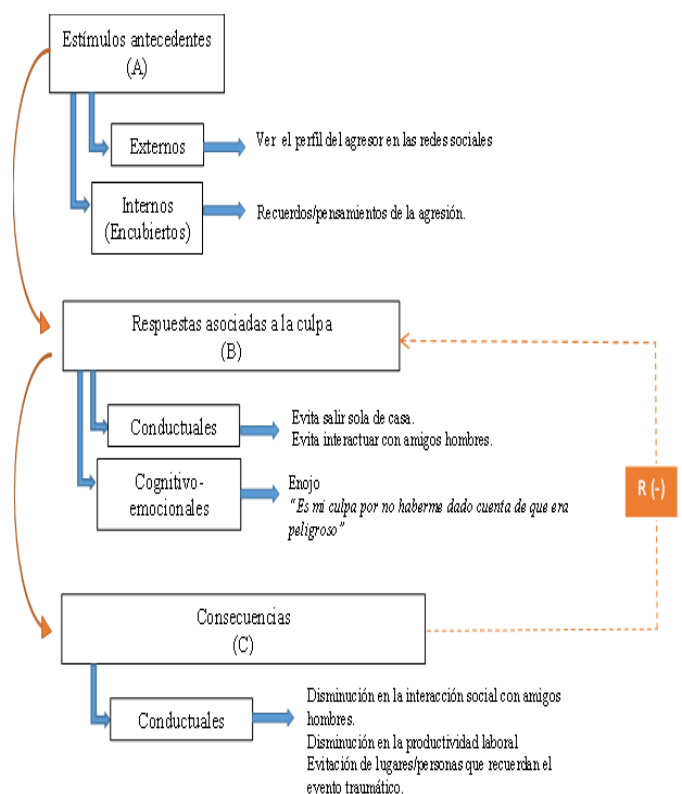
- Escala para medir sentimiento de culpa SC-35 (Zabalegui, 1993): Instrumento autoaplicable que consta de 35 reactivos, cuya finalidad es medir los sentimientos de culpa. Se califica en escala tipo Likert que va de totalmente falso (1) a totalmente verdadero (5). La escala cuenta con una confiabilidad de 0.88 y 0.64 de la varianza total explicada. Los puntos de corte: 0-40 (sentimientos de culpa escasos), 41-69 (poca tendencia a experimentar culpa), 70-99 (sentimiento de culpa normal), 100-120 (tendencia a culparse más de lo debido), 121-140 (sentimiento de culpa excesivo) y 141-175 (sentimiento de culpa agobiantes).
- Escala de Valoración del Estado de Ánimo, EVEA (Del Pino-Sedeño et al., 2010): Instrumento autoaplicable que consta de 16 reactivos que miden el estado de ánimo. Se califica en escala tipo Likert que va de nada (0) a mucho (10). Se compone de cuatro dimensiones: ansiedad, irritabilidad-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Esta escala cuenta con una confiabilidad de 0.88 y presentó un 0.52 de la varianza total explicada. Para la interpretación, se sugiere hacer la sumatoria de los ítems de las dimensiones obteniendo rangos de 0 a 40, de acuerdo con los autores los puntajes mayores a 20 indican que la persona presenta ese estado de ánimo al momento de la evaluación.
- Autorregistro. Se solicitó el llenado de un formato a la paciente el cual incluía parámetros conductuales como frecuencia (número de veces que se enojaba durante el día) e intensidad (escala subjetiva análoga

cuyos valores oscilaban entre el cero= ausencia de malestar y 10=mayor nivel de malestar).

3.6 Formulación y Análisis funcional de la Conducta.

A partir de la información, se realizó un Análisis Funcional de la Conducta (AFC) para determinar la topografía y relación funcional de las conductas asociadas con la culpa percibida por FZ. Se hipotetizó que la agresión del acompañante generó una respuesta de miedo en FZ. A través de un proceso de aprendizaje asociativo se generó una relación entre la emoción y los pensamientos en dicha la situación. A partir de este acontecimiento, cada vez que FZ tenía recuerdos sobre esa noche o veía el perfil del agresor en redes sociales (A) se generaban respuestas (B) emocionales (enojo), cognitivas (culparse por no prevenir/prever la agresión) y conductuales (evitar salir con sus amigos hombres). Estas respuestas habían comenzado a tener consecuencias (C) desadaptativas en el trabajo (pasa mucho tiempo pensando sobre el evento y ha disminuido su productividad), relaciones sociales (evita salir sola de casa y reunirse con amigos) y de autocuidado (no realiza su actividad física debido a que evita salir sola de casa y exponerse a una nueva agresión). Bajo este análisis se concluyó que, si bien las respuestas asociadas a la problemática tienen origen entre la asociación y las respuestas, los comportamientos se mantuvieron en el tiempo debido a la forma en que opera la usuaria, es decir, se mantiene por refuerzo negativo al evitar conductas que favorecían una disminución del enojo como se describe en la Figura 1.

Figura 1
Análisis funcional de la Conducta del caso de FZ



Nota: Las conductas evitativas se mantienen por reforzamiento negativo (R-) ausencia de malestar sostenido en el tiempo el cual se esquematiza con la línea punteada de color anaranjado.

Por otra parte, bajo el modelo multidimensional de culpa, se infiere que los pensamientos de FZ se asocian con: responsabilidad por provocar el evento y prevención/previsión sobre la ocurrencia de este. A la luz de este análisis idiográfico y con base en el incumplimiento de criterios nosológicos para el TEPT del manual diagnóstico y estadísticos de las enfermedades mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatry Association, 2013) se descarta la presencia de dicho trastorno en la usuaria. Con base en esta información y en apego al AFC se delineó el plan de intervención. Finalmente, se le brindó el consentimiento informado a FZ donde se explicaba los fines de investigación sobre su caso.

3.7 Tratamiento.

Se diseñó una Intervención Cognitivo -Conductual breve para culpa (ICCB-C). Se estructuró en un total de siete sesiones, divididas en una sesión de evaluación, cinco sesiones de tratamiento y una sesión de seguimiento. Las sesiones de tratamiento fueron semanales con una duración de 50 minutos cada una como se describe en la tabla 1.

Basados en el AFC se eligieron técnicas cognitivo-conductuales con evidencia empírica. Para modificar la respuesta fisiológica del enojo se utilizó la respiración diafragmática profunda, aunado a ello, se entrenó en la detección y modificación de los pensamientos asociados con la valoración negativa a través de la distracción cognitiva. Finalmente, las respuestas conductuales se trabajaron a partir de los experimentos conductuales con el objetivo disminuir las consecuencias negativas de la evitación.

3.8 Descripción de las sesiones.

En la sesión uno se realizó la entrevista inicial, evaluación psicométrica, se pactaron los horarios de las sesiones posteriores y se entregó formato de autorregistro. En la segunda y tercera sesión se ofreció un panorama general de la información y se definieron los objetivos terapéuticos. Además, se explicó el patrón de funcionamiento de su problema con apoyo del AFC y entrenó en ejercicios de respiración diafragmática profunda. Se entrenó en el uso del autorregistro y se solicitó un listado de tres situaciones/actividades que coadyuvaran en la reducción del malestar.

Para la sesión cuatro se retomaron las tres situaciones que la tranquilizaran para su aplicación en técnica de la distracción cognitiva. Se solicitó que a la par de la ejecución de los ejercicios de respiración evocara las imágenes de aquellas situaciones y lugares que la tranquilizara y así evitar la presencia de los pensamientos asociados con la culpa.

Para la sesión cinco se observó que FZ ya identificaba los pensamientos más recurrentes, por lo cual, la aplicación de técnicas de modificación cognitiva se centró en los

pensamientos de culpa relacionados con su responsabilidad por la agresión sufrida. Se utilizó el debate práctico para modificar la concepción de utilidad de dichas cogniciones en la respuesta emocional. Una vez realizado el ejercicio e identificados los pensamientos y sus consecuencias, se buscaron pensamientos alternativos que les ayudaran a disminuir su enojo cada vez que recordara la agresión.

Tabla 1
Resumen del tratamiento para el caso de FZ.

Sesión	Objetivo	Actividades
1	Realizar una valoración inicial de la problemática y conocer la respuesta en sus diferentes niveles.	-Entrevista Conductual. -Aplicación de SC.35 y EVEA -Orientación en el uso del Autorregistro.
2	Retroalimentación y diseño de tratamiento.	-Explicación del AFC. -Planteamiento de objetivos terapéuticos. -Información del esquema de tratamiento
3	Ofrecer información relacionada al problema y sus alternativas para disminuir el malestar emocional y cognitivo relacionado a la culpa.	-Revisión de los Autorregistros. -Información relacionada al funcionamiento de la problemática en la última semana (contingencias). -Información de los beneficios, pasos y pautas para la ejecución de ejercicios en respiración diafragmática profunda. -Modelado y moldeamiento de la técnica.
4	Identificación, detención y modificación de pensamientos de culpa.	-Revisión de los Autorregistro -Retroalimentación y sugerencias para la implementación de la respiración diafragmática profunda en casa o ante situaciones percibidas como evocadoras de las respuestas de enojo. -Información sobre estrategias para la detención y modificación de pensamientos sobre la responsabilidad de provocar el evento e incapacidad de prevenirlo por medio de ejercicios en distracción cognitiva.
5	Modificación de pensamientos de culpa.	-Revisión de los Autorregistro. -Implementación de experimentos conductuales
6	Identificación de los cambios clínicos posteriores a la intervención.	Aplicación de SC.35 y EVEA

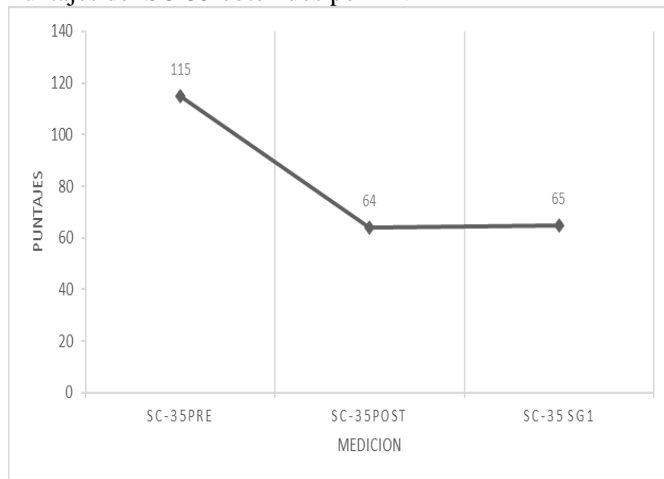
En la sexta sesión se analizó con la paciente la utilidad de las técnicas aprendidas con base en sus autorregistros. Se aplicaron los instrumentos de evaluación y se enseñó la técnica de experimentos conductuales. Finalmente, se repasaron los objetivos terapéuticos y se pactó la fecha para el seguimiento. Un mes después durante el seguimiento se aplicaron los instrumentos de evaluación y se analizó el mantenimiento de los logros desde la última sesión.

4. RESULTADOS Y/O DISCUSIÓN.

Dentro de los puntajes obtenidos por FZ en la escala para medir sentimiento de culpa SC-35 se observa una disminución general, ya que antes de iniciar el tratamiento el puntaje fue de 115, cuya interpretación es Tendencia a culparse más de lo debido. Una vez terminada la intervención se observa un puntaje de 64 y un incremento a 65 puntos tras el seguimiento a un mes. Sin embargo, ambos puntajes se interpretan como Poca tendencia a experimentar culpa (ver Figura 2). En este caso, el decremento en los puntajes fue clínicamente significativo, ya que, entre el pre y post evaluación se obtuvo un CCO= - 44% y un CCO= - 43% entre la preevaluación y el seguimiento.

Figura 2

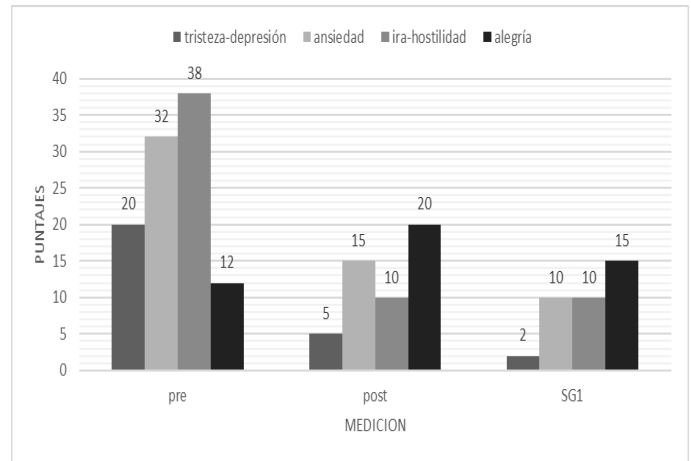
Puntajes del SC-35 obtenidos por FZ.



De igual forma, en los puntajes obtenidos en ansiedad, irritabilidad-hostilidad y tristeza-depresión de la EVEA se observa un decremento, y por su parte, un incremento en la subescala de felicidad; ambos clínicamente significativos. En el caso de tristeza-depresión se obtuvo un CCO= - 75% y - 90% al contrastar la pre y post evaluación, así como la preevaluación y el seguimiento; respectivamente. Para ansiedad los resultados se tradujeron en un CCO= - 53% y - 68%, para irritabilidad-hostilidad en un CCO= - 73% en ambos contrastes y en alegría se obtuvieron incrementos dado el CCO= 40% y 20% como se describe en la Figura 3.

Figura 3

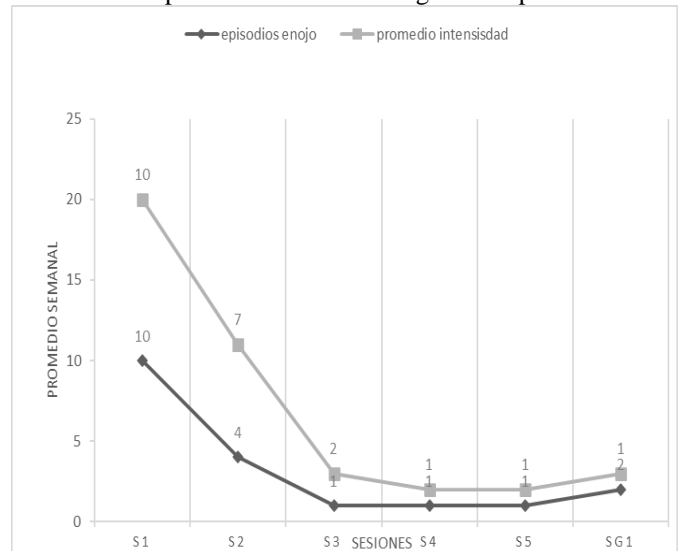
Puntajes del EVEA obtenidos por FZ



Finalmente, en la Figura 4 se muestran los promedios de enojo e intensidad durante las semanas de tratamiento. Se observa que la semana uno los promedios de enojo e intensidad estaban en 10, a partir de la segunda semana comienza una curva descendente en los promedios, colocándose en cuatro episodios de enojo y un nivel de intensidad de 7 puntos. Para la tercera semana se observa una disminución en los promedios colocándose en dos episodios de enojo y un nivel de intensidad de un punto. En las semanas cuatro y cinco se observa una disminución en el promedio de episodios, al ser solo de uno y con una intensidad similar. En el seguimiento a un mes se observa un ligero incremento en el promedio de episodios al regresar a dos, pero manteniendo la intensidad en un punto. Finalmente podemos observar que los resultados psicométricos y de medición directa reflejan una disminución general de los síntomas una vez terminado el tratamiento. El decremento progresivo observado en estas variables se tradujo en un CCO= - 90% al contrastar pre y postevaluación y preevaluación y seguimiento en la intensidad de los episodios. Por su parte, un CCO= - 90% y - 80%, al contrastar pre y postevaluación y preevaluación y seguimiento en la frecuencia de episodios de enojo, respectivamente.

Figura 4

Promedio de episodios e intensidad registrados por FZ



Basado en los resultados obtenidos por FZ, se observa que la ICCB-C resultó efectiva al cumplir los objetivos terapéuticos al disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de enojo y culpa. Cabe señalar que esta mejoría clínica, se puede observar con el decremento observado en el autorregistro a partir de la sesión 3, donde se enseñó la técnica de respiración diafragmática (RD), además, se observó una mejoría gracias a la implementación de los ejercicios de distracción cognitiva (DC).

Lo que se pretendía con la RD era disminuir la intensidad de la emoción y con la DC se pretendía evitar la aparición de pensamientos de culpa, que, de acuerdo con la hipótesis generada en el AFC, servían como estímulos antecedentes del malestar emocional, los cuales a su vez se mantenían por un reforzamiento negativo. Ante este fenómeno, se entrenó a FZ en estrategias que le permitieran generar respuestas competitivas que debilitaran el efecto del reforzamiento negativo.

Por otra parte, en el modelo multidimensional de culpa, las técnicas buscaban: a) bloquear la aparición de los pensamientos de culpa y b) bloquear las respuestas emocionales provocadas por los pensamientos de culpa (Kubany & Watson, 2003). Para el caso de FZ, el bloquear la frecuencia de estos pensamientos y de la intensidad emocional, podría ayudar a procesar el evento traumático. En relación con los ejercicios de modificación cognitiva, el objetivo era poner en duda la utilidad de los pensamientos de culpa asociados a la prevención y responsabilidad del evento traumático en función de sus actividades cotidianas (Kubany & Manke, 1995).

Sin embargo, la intervención se alejó de los tratamientos propuestos previamente (Kubany et al., 2003; Kubany, et al., 2004; Popiel, 2014), debido a que en el caso de FZ no existían señales de TEPT. A pesar de ello, se utilizaron elementos de este modelo multidimensional ya que a la luz de investigaciones previas ha sido eficaz en el tratamiento de los pensamientos y sentimientos de culpa (Haller et al., 2020; Mahmoudi et al., 2017).

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con el motivo de consulta, la culpa generaba un malestar clínico significativo para la paciente. Esto es concordante con los estudios previos en poblaciones que presentan culpa derivada de un trauma (Cunningham, et al, 2017). Sin embargo, el no contar con los instrumentos psicométricos como son: Inventario de Trauma Relacionado a Culpa (TRGI) (Kubany, et al 1996) o Cuestionario de evento traumáticos de la vida (Kubany, et al. 2000) no permite comprobar si la culpa disminuyó. Con base en ello, este caso no estaría totalmente relacionado con las líneas de investigación actuales sobre culpa. Se sugiere para futuras investigaciones hacer una validación de dichos instrumentos en población mexicana y así poder hacer un segundo reporte de caso sobre la eficacia de la ICCB-C en culpa. Es importante mencionar, que el modelo multidimensional de culpa (Kubany, & Watson, 2003). se adaptaba a las características del caso, si bien se desarrolla con base en traumas asociados con los combates bélicos, se flexibiliza a otros escenarios traumáticos, esto concuerda con lo observado en mujeres que sufrieron abuso sexual (Nishith et al., 2005),

Una debilidad de este estudio fue el pobre entrenamiento en la implementación de estrategias para la solución de problemas y en el afrontamiento activo ante agresiones físicas y verbales futuras. En ese sentido y considerando lo expresado la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres ONU Mujeres (2015) las prácticas discriminatorias hacia las mujeres y los actos de violencia contra ellas suelen presentarse en una de cada tres mujeres en el mundo y ocurren en casi todos los contextos de interacción, por lo tanto, la probabilidad de que la usuaria experimente situaciones de violencia a futuro es alta. En consecuencia, el entrenamiento en las acciones a realizar para enfrentar una agresión colocaría a la usuaria en mejores condiciones para hacerle frente y no solo lidiar con el malestar emocional y la culpa como ocurrió en este caso.

Además, la inclusión de otros profesionales como legistas, trabajadores sociales y las autoridades se vuelve prioritario dado que, ante la gravedad de este problema, la cultura de la demanda es fundamental. El desarrollo de programas psicoeducativos para la atención y prevención de la violencia ejercida en mujeres y niñas es una necesidad en México y el mundo, el trabajo del psicólogo es indispensable y puede dar frutos como se expresó en este caso clínico.

REFERENCIAS

- Aakvaag, H., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., & Olff, M. (2016). Broken And Guilty Since It Happened: A Population Study Of Trauma-Related Shame And Guilt After Violence And Sexual Abuse. *Journal of affective disorders*, 204, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ato-García, M., & Vallejo-Seco, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología*. Ediciones Pirámide.
- Beck, J., McNiff, J., Clapp, J., Olsen, S., Avery, M., & Hagewood, J. (2011). Exploring Negative Emotion In Women Experiencing Intimate Partner Violence: Shame, Guilt, And Ptsd. *Behavior therapy*, 42(4), 740–750. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.001>
- Bohra, N., Sharma, I., Srivastava, S., Bhatia, M., Chaudhuri, U., Parial, S., . . . Kataria, D. (2015). Violence Against Women. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S333–S338. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161500>
- Browne, K. C., Trim, R. S., Myers, U. S., & Norman, S. B. (2015). Trauma-Related Guilt: Conceptual Development And Relationship With Posttraumatic Stress And Depressive Symptoms. *Journal of traumatic stress*, 28(2), 134–141. <https://doi.org/10.1002/jts.21999>

- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). McGraw-Hill.
- Chhabra, M., Fiore, L. B., & Pérez-Villanueva, S. (2020). Violence Against Women: Representations, Interpretations, and Education. *Violence against women*, 26(14), 1743–1750. <https://doi.org/10.1177/1077801220942848>
- Cunningham, K., Farmer, C., LoSavio, S., Dennis, P., Clancy, C., Hertzberg, M., . . . Beckham, J. (2017). A Model Comparison Approach To Trauma-Related Guilt As A Mediator Of The Relationship Between PTSD Symptoms And Suicidal Ideation Among Veterans. *Journal of affective disorders*, 221, 227–231. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.046>
- Del Pino-Sedeño, T., Peñate, W., & Bethencourt, J. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (evea): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154), 19-32.
- Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. ONU Mujeres (2015). Violencia contra las mujeres. Hechos que todo el mundo debe conocer. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>
- García-Flores, R., y Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/500>
- Haller, M., Norman, S., Davis, B., Capone, C., Browne, K., & Allard, C. (2020). A Model For Treating COVID-19-Related Guilt, Shame, And Moral Injury. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 12(S1), S174–S176. <https://doi.org/10.1037/tra0000742>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información. (2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer* [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/Violencia2019_Nal.pdf
- Kubany, E., & Manke, F. (1995). Cognitive Therapy For Trauma Related Guilt: Conceptual Bases And Treatment Outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27–61.
- Kubany, E., Abueg, F., Owens, J., Brennan, J., Kaplan, A., & Watson, S. (1995). Initial Examination Of A Multidimensional Model Of Guilt: Applications To Combat Veterans And Battered Women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 353–376.
- Kubany, E., Haynes, S., Abueg, F., Manke, F., Brennan, J., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428–444. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.428>
- Kubany, E. (1997). Application Of Cognitive Therapy For Trauma-Related Guilt (CT-TRG) With A Vietnam Veteran Troubled By Multiple Sources Of Guilt. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4(2), 213–244. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(97\)80002-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(97)80002-8).
- Kubany, E., Haynes, S., Leisen, M., Owens, J., Kaplan, A., & Burns, K. (2000). Development And Preliminary Validation Of The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12(2), 210-224. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.210>
- Kubany, E., & Watson, S. (2003). Guilt: Elaboration Of A Multidimensional Model. *The Psychological Record*, 53(1), 51. <https://link.gale.com/apps/doc/A98315578/AONE?u=anon~c3d191dc&sid=googleScholar&xid=08ba109c>
- Kubany, E., Hill, E., & Owens, J. (2003). Cognitive Trauma Therapy For Battered Women With PTSD: Preliminary Findings. *Journal of traumatic stress*, 16(1), 81–91. <https://doi.org/10.1023/A:1022019629803>
- Kubany, E., Hill, E., Owens, J., Iannce-Spencer, C., McCaig, M., Tremayne, K., & Williams, P. (2004). Cognitive Trauma Therapy For Battered Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 3–18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.3>
- Mahmoudi, M., Mohammadkhani, P., Ghobari-Bonab, B., & Bagheri, F. (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Guilt Feeling Among Family Caregivers of Patients With Alzheimer’s Disease. *Practice in clinical psychology*, 5(3), 203-210. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jpcp.5.3.203>
- Nishith, P., Nixon, R., & Resick, P. (2005). Resolution Of Trauma-Related Guilt Following Treatment Of PTSD In Female Rape Victims: A Result Of Cognitive Processing Therapy Targeting Comorbid Depression?. *Journal of affective disorders*, 86(2-3), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.013>
- Norman, S., Wilkins, K., Myers, U., & Allard, C. (2014). Trauma Informed Guilt Reduction Therapy With Combat Veterans. *Cognitive and behavioral practice*, 21(1), 78–88. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.08.001>
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. (2017). Violence Against Women And Mental Health. *The lancet. Psychiatry*,

4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)

Oram, S., Boyce, N., & Howard, L. M. (2019). Mental Health And Violence: Opportunities For Change. *The lancet. Psychiatry*, 6(7), 558–559. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30186-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30186-5)

Popiel, A. (2014). Terapia Poznawcza Poczucia Winy Zwiazanego Z Trauma U Osób Z PTSD [Cognitive Therapy Of Trauma Related Guilt In Patients With PTSD]. *Psychiatria polska*, 48(3), 615–625.

Satyanarayana, V., Chandra, P., & Vaddiparti, K. (2015). Mental Health Consequences Of Violence Against Women And Girls. *Current opinion in psychiatry*, 28(5), 350–356. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000182>

Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir culpabilidad. *Revista Miscelánea Comillas*, 51, 485-509.