



Ciencias Psicológicas

ISSN: 1688-4094

ISSN: 1688-4221

Facultad de Psicología. Universidad Católica del Uruguay.

Habigzang, Luisa Fernanda; Gomes Ferreira Petersen, Mariana; Zamagna Maciel, Luisa  
Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron  
violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples  
Ciencias Psicológicas, vol. 13, núm. 2, 2019, pp. 249-264  
Facultad de Psicología. Universidad Católica del Uruguay.

DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459561487008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

**Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima:  
Estudio de casos múltiples**  
**Cognitive Behaviour Therapy for women who experienced intimate partner violence:  
Multiple case studies**  
**Terapia Cognitivo-Comportamental para mulheres que sofreram violência por seus parceiros  
íntimos: Estudos de casos múltiplos**

*Luisa Fernanda Habigzang<sup>1</sup>, ORCID 0000-0002-0262-0356*  
*Mariana Gomes Ferreira Petersen<sup>2</sup>, ORCID 0000-0002-6211-5650*  
*Luisa Zamagna Maciel<sup>3</sup>, ORCID 0000-0002-0176-7655*

<sup>1 2 3</sup> Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Brasil

**Resumen:** Introducción: La violencia contra la mujer es un fenómeno que puede generar perjuicios para la salud mental y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es indicada para el tratamiento psicológico de estas mujeres por presentar evidencias de efectividad. Objetivo: Describir el proceso y el resultado de un protocolo de intervención cognitivo conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima, a través de estudios de caso. Método: Participaron cuatro mujeres con historia de violencia conyugal y síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastorno de estrés postraumático (TEPT). El proceso terapéutico fue descrito usando las técnicas y recortes clínicos provenientes de los registros de las sesiones, los síntomas fueron evaluados antes y después de la intervención. Resultados: Las técnicas utilizadas se mostraron adecuadas para disminución de los síntomas. Conclusión: Este estudio corrobora la literatura, presentando evidencias iniciales de efectividad de un protocolo de TCC para el tratamiento de mujeres en situación de violencia conyugal.

**Palabras clave:** violencia de pareja, estudio de caso, proceso terapéutico, terapia cognitivo conductual

**Abstract:** Introduction: Violence against women is a phenomenon that can cause damage to the mental health, and the Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is indicated for the psychological treatment of these women, by presenting evidences of effectiveness. Objective: Describe the process and the outcomes of a cognitive behaviour intervention protocol for women who experienced intimate partner violence, through case studies. Method: There were four women who participated of the study, with a history of domestic violence and symptoms of depression, anxiety, stress and post-traumatic stress disorder (PTSD). The therapeutic process was described by the techniques used and by the clinical clippings of the sessions. The symptoms of the women were evaluated before and after the intervention. Results: The techniques were suitable for decreasing symptoms. Conclusion: This study corroborates with the literature, showing initial evidences of effectiveness of CBT protocol for the treatment of women in situations of domestic violence.

**Keywords:** Intimate partner violence, case studies, therapeutic process, cognitive behavioral therapy

**Resumo:** Introdução: A violência contra a mulher é um fenômeno que pode causar danos à saúde mental e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), por apresentar evidências de efetividade de suas intervenções, é indicada para o tratamento psicológico dessas mulheres. Objetivo: Descrever o processo e o resultado de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental para mulheres que sofreram violência por parte do parceiro íntimo, por meio de estudos de caso. Método: Participaram quatro mulheres com histórico de violência conjugal, com sintomas de depressão, ansiedade, estresse e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). O processo terapêutico foi descrito através das técnicas utilizadas e de recortes dos registros da sessão, sendo que os sintomas foram avaliados antes e após a intervenção. Resultados: As técnicas utilizadas foram adequadas para reduzir os sintomas. Conclusão: Este estudo corrobora com a literatura, apresentando evidências iniciais de efetividade de um protocolo de TCC para o tratamento de mulheres em situação de violência doméstica.



**Palavras chave:** violência contra mulher por parceiros íntimos, estudo de casos, processo terapêutico, terapia cognitivo-comportamental

Recibido: 12/03/2018

Aceptado: 31/07/2019

Cómo citar este artículo:

Habigzang, L.F., Gomes F.P.M., & Maciel, Z.L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149 – 264. doi: 10.22235/cp.v13i2.1882

*Correspondencia:* Luisa Fernanda Habigzang, Mariana Gomes Ferreira Petersen, Luisa Zamagna Maciel. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 11, 9º andar, sala 924. Porto Alegre, RS – Brasil. CEP 90619900. E-mails: luisa.habigzang@pucrs.br; mariana@sgferreira.com.br; luisazmaciel@gmail.com

### Introducción

La violencia contra la mujer se refiere a la violación de los derechos humanos y está relacionada a la desigualdad de género y de generaciones (World Health Association, WHO), 2016). Es todo acto que visa a la destrucción, la privación de la libertad de elección y la toma de decisión, que hiere y agrede, causando perjuicios para el bienestar social e individual. La violencia contra la mujer es un fenómeno que independe de la edad, la cultura, la etnia o el nivel socioeconómico y puede generar repercusiones negativas significativas para la salud física y mental (Correia et al., 2014; Bermann & Graff, 2015). Además, el desarrollo, en el contexto de la violencia, puede ocasionar dificultades en las relaciones sociales, laborales y académicas. Tales dificultades pueden afectar a la construcción y a la manutención de la red de apoyo social y afectiva (Garcia, Duarte, Freitas, & Silva, 2016; Lettiere, Nakano & Bittar, 2012).

Las estimativas apuntan que mujeres víctimas de violencia presentan seis veces más probabilidades de sufrir disturbios mentales y cinco veces más posibilidades de cometer suicidio, que las mujeres que no pasaron por esa experiencia (Correi, Meneghel & Hirakata, 2014; OMS, 2014). Los tratamientos mentales asociados con la exposición a la violencia comúnmente citados

en la literatura son los trastornos del humor, los trastornos de ansiedad, los trastornos relacionados con el estrés, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos obsesivo-compulsivo (Habigzang, Schneider, Frizzo, & Freitas, 2018; Jonas et al., 2014; Mozzambini, Ribeiro, Fuso, Fiks, & Mello, 2011; Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince, & Mari, 2009). Debido a las consecuencias resultantes de la violencia, se considera esa temática como un problema social y de salud pública, que abre espacio para el desarrollo de estrategias de prevención y atención a la salud, garantía de los derechos humanos y de seguridad de la mujer (Arruda da Silva et al., 2012; Lamoglia & Minayo, 2009; OMS, 2014).

La planificación y la ejecución de las intervenciones dirigidas a la prevención, así como el tratamiento para las mujeres que han vivido situaciones de violencia, debe integrar acciones interdisciplinarias para promover calidad de vida y rompimiento de los ciclos de la violencia en la familia (Gadoni-Costa, Zucatti, & Dell'aglio, 2011; Matos, Machado, Santos, & Machado, 2012). En ese contexto, el papel del profesional de la salud es importante cuando su actuación está en consonancia con las políticas públicas, con el trabajo desarrollado por la red de protección y de acuerdo con la legislación vigente para la garantía de los derechos de las mujeres (Hanada, D'Oliveira, & Schraiber, 2010; Hasse & Vieira, 2014).

Entre las intervenciones posibles, los estudios muestran que la psicoterapia puede ser útil en la reducción de síntomas y mejora de calidad de vida de las mujeres (Petersen, Zamora, Fermann, Crestani, & Habigzang, 2019). Portanto, debe estar incluida en las estrategias de la red de protección. La atención psicológica específica y eficaz para las mujeres en situación de violencia interfiere en el pronóstico y en la repercusión de la violencia en la vida de estas (Matos et al., 2012). Entre los distintos abordajes psicoterapéuticos, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) posee evidencias empíricas de efectividad para la reducción de los síntomas de trastornos asociados a la exposición a la violencia (Bermann & Graff, 2015; Lucânia, Velério, Barison & Miyazaki, 2009; Petersen et al., 2019). La TCC es definida como un abordaje psicoterápico breve, estructurado, focal, orientado para el presente, cuyo objetivo es modificar pensamientos y conductas disfuncionales. La TCC se basa en el principio del interaccionismo de los aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales del individuo con el ambiente en el cual está inserido (Beck & Alford, 2000).

Una importante característica de la TCC es la constante evaluación de la efectividad de técnicas o protocolos de intervención a través de la investigación. La investigación en psicoterapia es fundamental para componer evidencias empíricas acerca de que la intervención alcanza sus objetivos, y a través de ella se puede saber qué factores específicos se relacionan con cuáles efectos positivos (Tschuschke, Crameri, Koemeda, Schultess, Wyl, & Weber, 2010). El foco de la investigación puede ser en el proceso terapéutico o en el resultado. Las investigaciones acerca del proceso terapéutico posibilitan comprender cómo o por qué ocurren los cambios terapéuticos y cuáles son las técnicas o componentes de la psicoterapia que contribuyen para dichos cambios. El principal objetivo de las investigaciones acerca del proceso es analizar las variaciones de cada paciente y el mecanismo de cambio en la psicoterapia, examinando variables

contextualizadas en determinado(s) caso(s) foco(s) de estudio (Monteleone & Witter, 2017; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2010). Por otro lado, las investigaciones acerca del resultado indican lo que es efectivo y promueve impacto positivo en la reducción de síntomas o cambios conductuales y cognitivos (Monteleone & Witter, 2017; Petersen et al., 2019).

Los estudios de caso son a menudo utilizados como estrategia metodológica en investigaciones de proceso y resultado en psicoterapia (Norman & Iyonna, 2000; Serralta et al., 2010). Este método es el más utilizado, pues constituye las primeras evidencias de efectividad para protocolos de intervención en desarrollo (Serralta et al., 2010). En el Brasil, se identificaron pocos estudios acerca de la efectividad de protocolos para psicoterapia con mujeres que pasaron por situaciones de violencia. El objetivo de este estudio, por lo tanto, es describir el proceso y el resultado de un protocolo de intervención cognitivo conductual para mujeres en situación de violencia, a través de estudios de caso.

## **Método**

Se trata de un estudio de caso descriptivo de intervención psicoterapéutica (Yin, 2003).

## **Participantes**

Participaron de este estudio cuatro mujeres con histórico de violencia por su pareja íntima que estaban en asistencia, en un órgano de protección de la red pública de un municipio de la región metropolitana de Porto Alegre, en sur de Brasil. Los casos descriptos fueron elegidos por conveniencia y difieren con respecto a los aspectos sociodemográficos e histórico de maltratos en la infancia. A seguir se presenta una descripción de cada caso. Fueron utilizados nombres ficticios para preservar la identidad de las participantes.

**Caso 1**

Ana tenía 28 años, con la secundaria incompleta, trabajaba como masajista. Vivía con su hija. Sufrió violencia psicológica del marido y estaba embarazada. El tiempo de relacionamiento con el agresor fue de diez años y estaba separada en el momento de la intervención. Ella no relató histórico de maltratos en la infancia. Sin embargo, durante el curso de la psicoterapia, Ana informó situaciones que caracterizan maltratos. En la evaluación psicológica realizada antes de la intervención fueron identificados nivel leve y moderado de ansiedad y depresión, respectivamente, aparte de nivel de estrés en la etapa de la resistencia. No fueron identificados criterios diagnósticos para Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

**Caso 2**

Beatriz tenía 44 años, terminó la secundaria y trabajaba como recepcionista. Vivía con el marido, indicado como agresor, hijas y nieto. Sufrió violencia psicológica, sexual y tuvo un episodio único de violencia física hacía cinco años. Ella no relató histórico de maltratos en la infancia. En la evaluación psicológica realizada fueron identificados criterios diagnósticos para TEPT, un nivel moderado de ansiedad, grave de depresión y nivel de estrés en la etapa de agotamiento.

**Caso 3**

Carolina tenía 46 años, la primaria incompleta y trabajaba como empleada doméstica. Vivía con el hijo y el marido, apuntado por ella como agresor. Sufrió violencia psicológica hacía tres años en el momento de la intervención. Durante la infancia, relató sufrir violencia física perpetrada por el padre. En la evaluación psicológica realizada fueron identificados niveles leves de ansiedad y depresión, nivel de estrés en la etapa de resistencia y no fueron verificados criterios diagnósticos para TEPT.

**Caso 4**

Denise tenía 55 años, tenía la primaria incompleta y era ama de casa. Vivía sola en el momento de la intervención y el agresor fue el

compañero con quien se relacionó por dos años. Vivió situaciones de violencia física y psicológica y no relató histórico de violencia en la infancia. Sin embargo, en la psicoterapia reveló situaciones de maltratos en la infancia. En la evaluación psicológica fueron identificados criterios diagnósticos para TEPT, nivel moderado de ansiedad, nivel leve de depresión y nivel de estrés en la etapa de la resistencia.

**Instrumentos**

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI - Beck, Epstein, Brown y Sterr, 1988 adaptado por Cunha, 2001): una escala de 21 ítems que investiga los niveles de ansiedad. La escala original tiene una estructura unifactorial con coeficiente alfa de Cronbach satisfactorio ( $\alpha = 0,92$ ).

- Inventario de depresión de Beck (BDI - Beck, Ward Mendelson, Mock y Erbauch, 1961, adaptado por Gorenstein y Andrade, 1996): esta escala evalúa los niveles de depresión a través de 21 preguntas y tiene una estructura unifactorial. La versión original de la escala presentaba un coeficiente alfa de Cronbach satisfactorio ( $\alpha = 0,86$ ).

- Entrevista estructurada basada en DSM IV / SCID utilizada para evaluar TEPT (Del Ben et al., 2001): Evalúa diagnóstico de TEPT, verificando presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y hiperactivación.

- Inventario de síntomas de estrés de Lipp para adultos (LISS - Lipp, 2000): tiene como objetivo evaluar los niveles de estrés a través de una puntuación general. El inventario consta de 53 ítems, divididos en tres secciones que se refieren a las fases de estrés experimentadas en las 24 horas anteriores, la semana anterior y el mes anterior. Las subescalas de estrés presentaron una consistencia interna adecuada (estrés diario,  $\alpha = 0,50$ , estrés semanal,  $\alpha = 0,75$ , estrés mensual,  $\alpha = 0,77$ ). La evaluación del nivel de estrés se proporciona a través de la suma de los síntomas de cada subescala. Con base en los puntajes de las tres subescalas, se pueden clasificar cinco niveles de estrés: no estresado; alerta; resistencia; casi agotamiento y agotamiento.

**Procedimientos**

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo 20317). Las participantes del estudio fueron conducidas por órganos de protección para la evaluación psicológica y psicoterapia. La evaluación psicológica fue constituida por tres encuentros con una frecuencia semanal. En el primer encuentro fue realizada una entrevista para la recolección de datos sociodemográficas e histórico de situaciones de violencia. En los dos encuentros siguientes, fueron evaluados los síntomas psicológicos a través de escalas y entrevistas estructuradas. Fueron verificados niveles de ansiedad, depresión; criterios diagnósticos para TEPT y nivel de estrés.

Después de la evaluación, las participantes fueron dirigidas para la psicoterapia individual. El protocolo de intervención basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) fue constituido por 13 sesiones y tuvo como objetivos: (1) comprender e identificar situaciones de violencia y repercusiones para la salud; (2) activar, integrar y resignificar memorias traumáticas; (3) aprender estrategias para resolver problemas derivados de la situación de violencia vivida; (4) desarrollar comportamientos de protección y conocer derechos y órganos que componen la red de protección; y (5) reducir niveles de ansiedad, depresión, estrés y TEPT. El protocolo fue dividido en cuatro etapas, de acuerdo a objetivos y técnicas empleadas: Etapa 1 – Psicoeducación y reestructuración cognitiva (cuatro sesiones); Etapa 2 – Exposición gradual a las memorias traumáticas (tres sesiones); Etapa 3 – Resolución de problemas (dos sesiones) y, Etapa 4 – Prevención a la recaída (cuatro sesiones).

Las sesiones de psicoterapia duraron 50 minutos y fueron descritas de manera dialógica. Las terapeutas tenían título en psicología y experiencia en el tratamiento de víctimas de violencia. Se sometieron a entrenamiento previo para aplicar el protocolo.

Después de la intervención fue realizada una reevaluación, con aplicación de los mismos instrumentos psicológicos utilizados en la evaluación inicial. Las participantes fueron atendidas por distintos

terapeutas y las evaluaciones fueron realizadas por otros miembros del equipo de investigación, que no actuaron como terapeutas en el caso, minimizando así el riesgo de sesgo de respuestas dado el vínculo terapéutico.

### ***Procedimientos de análisis***

Se utilizó el método JT como estrategia analítica para investigar qué participantes se beneficiaron de la intervención. Optamos por utilizar el Método JT, porque permite evaluar la efectividad de la intervención comparando a la participante consigo misma antes y después de la intervención. Esta estrategia de análisis permite clasificar a las participantes en aquellas que mostraron mejoría, empeoramiento o permanecieron estables después de recibir la intervención (Jacobson y Truax, 1991). La confiabilidad de los cambios fue investigada por el índice de cambio confiable (IMC). El IMC evalúa si los cambios en las puntuaciones previas y posteriores a la intervención son consecuencias de la intervención o están relacionados con otros aspectos, como el error de medición o los cambios en la vida diaria de las participantes (Jacobson y Truax, 1991). Se calculó el IMC en relación a los síntomas de ansiedad y depresión.

## **Resultados**

Los resultados están presentados en dos tópicos. El primer, describe el proceso terapéutico, a través de recortes clínicos de los cuatro casos presentados. El segundo presenta los resultados de la intervención, comparando a los niveles de depresión, ansiedad, estrés y TEPT antes y después de esta.

### **Descripción del proceso terapéutico**

#### ***Sesión 1***

El objetivo de la sesión fue conocer la historia de vida en las condiciones actuales y anteriores de las participantes y verificar las expectativas de estas con relación al proceso

psicoterapéutico. Ana habló acerca de sus sentimientos de tristeza y culpa: *“estoy depresiva”* *“me siento culpable por no ser la madre ideal para mi hijo”*. A pesar de las participantes presentaren muchas quejas y dificultades actuales, ellas relataron expectativas positivas con relación al comienzo de la psicoterapia. Ellas identificaron que aquél sería un espacio de acogida, resolución de problemas y ayuda para manejar emociones negativas, como mencionado a seguir: *“acá voy a poder pensar sobre mis decisiones”* (Ana), *“quiero valorizarme nuevamente”* (Carol), *“estoy en búsqueda de la felicidad”* (Denise). Aún en ese primer encuentro, las terapeutas explicaron como funcionarían las sesiones, realizando el contrato terapéutico, que es esencial para que el paciente se sienta motivado, seguro y confíe en el proceso que tendrá inicio (Beck, 1997). La psicoeducación acerca del modelo cognitivo y acerca de definiciones y de la dinámica de la violencia se inició en esta sesión. Es importante que las participantes conozcan el modelo cognitivo, para que aprendan a identificar cogniciones, emociones y conductas, las relaciones entre estos sistemas y como pueden actuar frente a situaciones-problema o eventos estresores. Aparte del modelo cognitivo, las terapeutas también abordaron las principales formas de violencia contra la mujer, así como la dinámica y repercusiones de esta experiencia. Algunas participantes se dieron cuenta en esa sesión de situaciones de violencia psicológica y patrimonial vivenciadas. Ellas no sabían que amenazas y apropiación de su sueldo, por el compañero, eran expresiones de violencia. Por fin, las participantes fueron invitadas a elaborar una tarjeta que representara la visión de sí mismas. Esta tarjeta fue producida con pegamento de figuras y/o con palabras que las describieran. Las participantes presentaron resistencia inicial a la tarea: *“no sé hacerlo”* (Beatriz), *“no hago nada bien”* (Ana), *“no sé ni por dónde empezar”* (Denise). Después se entusiasmaron en la confección de la tarjeta y revelaron una visión negativa de sí mismas. *“Nunca me parece que hago las cosas bien hechas y no soy organizada”* (Ana), *“Indecisa,*

*infeliz”* (Denise), *“Soy una basura”* (Beatriz), *“Quiero buscar la felicidad, pues me veo infeliz”* (Carolina).

Se discutió que la visión negativa de sí mismo pudo haber sido desarrollada o agravada por la exposición a la violencia, así como también, actuar como factor de riesgo para mantenerlas envueltas con personas violentas. Al final, se pidió un *feedback* a las participantes. Eso es importante, pues favorece a la reafirmación del contrato de trabajo, reduce equivocaciones interpretativas de lo que fue discutido y contribuye para el establecimiento del vínculo terapéutico (Beck, 1997).

## Sesión 2

La segunda sesión tuvo como objetivo construir la línea de la vida de cada participante, identificando los eventos más significativos y haciendo el mapeo de posibles situaciones de violencia a lo largo de la vida. Cada participante fue incentivada a pensar su trayectoria de vida, desde la infancia hasta la edad adulta. Para construir esta línea, fue utilizada la técnica de construcción de imágenes mentales. Las técnicas con imágenes mentales, posibilitan que el paciente se conecte a las emociones desencadenadas por situaciones de vida, en este caso, con las situaciones de violencia. A partir de esta conexión emocional, es posible que el individuo recuerde detalles de las situaciones vividas en el pasado y consiga recordarse de cómo se sentía en estos momentos. La conexión emocional con los recuerdos de eventos significativos es fundamental para que la reestructuración de esquemas disfuncionales ocurra en niveles cognitivos y también emocionales (Young, 2008). Con el ejercicio, las participantes alcanzaron informaciones importantes acerca de las situaciones de violencia: *“creo que sufro violencia desde la infancia, mi madre ya me agredía antes que mi ex marido lo hiciera”* (Ana), *“siempre presencié escenas de violencia, inclusive entre mis padres. Ya sufrí violencia de varios tipos, pero la peor es la violencia con palabras”* (Denise). Las terapeutas utilizaron los hechos relatados por las participantes para discutir

sobre los diferentes tipos de violencia y las repercusiones en el desarrollo cognitivo, emocional y social. Se tocaron aspectos como la transgeneracionalidad de la violencia, así como la desigualdad de género y de generaciones.

### Sesión 3

La tercera sesión, tuvo como objetivo la comprensión del Modelo ABC (Evento-Interpretación-Consecuencias). Este modelo postula que cada situación vivida por una persona (A – evento) activa creencias individuales (B – interpretación) y consecuencias (C) emocionales, conductuales o fisiológicas. A través del Modelo ABC, las participantes pudieron identificar sus creencias y evaluar su funcionalidad en el contexto en el que están inseridas. Creencias disfuncionales identificadas deben ser cuestionadas y a través de la descubierta guiada pueden ser flexibilizadas y modificadas (Dobson, 2010). En esta sesión, las participantes identificaron creencias disfuncionales relacionadas a la violencia y a su dinámica y el objetivo fue la flexibilización de tales creencias. *“Cuando él no toma, se vuelve la mejor persona del mundo. Pero cuando toma, todo de malo puede pasar, pues él se vuelve muy agresivo. Cuando pienso de la primera manera me siento tranquila y feliz, pero ni siempre pienso así. Cuando pienso que él se vuelve agresivo cuando toma, me quedo triste, con miedo y con rabia. De esta manera, lo sé que volver con él sería muy malo. Entonces entiendo que racionalmente no sería bueno volver, pero emocionalmente tengo dudas, porque no creo que pueda separarme”* (Denise). A través de esa descubierta guiada, Denise identificó que su marido consumía alcohol y que semanalmente era expuesta a muchas situaciones de violencia.

### Sesión 4

Las consecuencias y posibles psicopatologías derivadas de la exposición a la violencia fueron abordadas. Síntomas de ansiedad, depresión, estrés y TEPT fueron discutidos a partir de evaluaciones psicológicas realizadas antes de la

psicoterapia. El funcionamiento de la memoria traumática y de los síntomas de revivir la experiencia y de esquivar fueron explicados por las terapeutas. Una de las pacientes compartió su experiencia de síntomas de revivir: *“Ya no puedo dormir tan bien como antes. Me levanto en el medio de la noche recordándome que, cuanto estaba con él, yo dormía tensa. Yo estaba acostumbrada a levantarme durante la noche para ver si él estaba alcoholizado”* (Denise). En seguida se introdujo la técnica de la exposición gradual a las memorias traumáticas, con el objetivo de activar, integrar y resignificar tales memorias, así como establecer estrategias para la regulación emocional. Para eso, la línea de la vida fue reanudada y se solicitó a las participantes que se acordasen de alguno de los episodios de violencia. Las participantes oralmente relataron la situación con detalles, con ayuda de las terapeutas. Denise relató la situación: *“Me acuerdo de un domingo que nosotros decidimos hacer una carne en el horno, y él no tenía el molde. Entonces yo fui hasta mi casa para agarrar el molde, pero no me di cuenta que él ya estaba borracho. Cuando regresé y me di cuenta que él había tomado, me puse como loca con él y empecé a decirle cosas, entonces él se vino y yo me fui delante de los chicos. El agarró el molde, que una persona normal no conseguiría abollar, y el transformó aquel molde en nada. Se volvió una cosa que no se podía decir más qué cosa era”*. Ana trajo la siguiente situación: *“La situación que más suelo acordarme es cuando él me abandono en el primer embarazo. Él quería que yo hiciera un aborto y yo no quise. Fue uno de los momentos de mayor sufrimiento en toda mi vida. Hoy, aunque cuando no lo quiero, esos recuerdos se me vienen a la cabeza. Me pongo triste y con cólera”*. La interpretación dada a las situaciones relatadas fue abordada y cuando identificados pensamientos distorsionados, como percepciones y atribuciones de culpa, por ejemplo, estos fueron reestructurados a través de la técnica de la descubierta guiada. La sesión se finalizó con un relajamiento, a través de la respiración controlada.



### Sesión 5

En esta sesión, el relato anterior fue detallado y profundizado. En ese momento, se les encargó a las participantes que construyan una imagen mental del agresor. Luego de esa técnica, se realizó la construcción de la representación del agresor en plastilina. A seguir, los sentimientos y pensamientos referentes al agresor fueron expresos a través de la técnica del juego de roles. Nuevamente aparecieron percepciones de incapacidad para la realización de la tarea: “yo no puedo hacerlo” (Carolina).

Ana expresó su rabia: “voy hacer este muñeco gordo y feo”, “enfermo, tienes serios problemas... yo tengo rabia de ti y al mismo tiempo te tengo lástima”. Carolina compartió: “ya sentí mucha rabia de él, ahora consigo perdonarlo porque sé que él es un enfermo y alcohólico. Es difícil hablar de esas cosas, pero estoy aliviada y sintiéndome más leve”. La sesión terminó con ejercicio de relajamiento, a través de la respiración controlada para el control de la ansiedad.

### Sesión 6

La sexta sesión dio continuidad al trabajo con memorias traumáticas, a través de la exposición gradual y sustitución de imágenes negativas por imágenes positivas. Las participantes construyeron una imagen mental de un evento de violencia sufrido y después lo relataron detalladamente. En seguida, las terapeutas condujeron a las participantes para la construcción de una imagen mental de un evento positivo que hubieran vivido. Por fin, las terapeutas condujeron la sustitución sistemática de imagen mental negativa por la positiva. Las técnicas con imágenes mentales contribuyen para el aprendizaje de conductas funcionales para manejar los recuerdos negativos. Al sustituir una imagen mental negativa por otra positiva, son evocados sentimientos positivos que pueden inhibir la respuesta de la ansiedad (Barbosa & Borba, 2010). A través de esa técnica es posible obtener mayor control acerca de los recuerdos relacionados a la violencia. Denise relató la siguiente imagen negativa: “él estaba borracho y me pegó

adelante del jardinero. Yo huí para la casa de una amiga. Por la noche me llamaron, diciendome que él había roto mi puerta”, substituyéndola por la siguiente situación positiva: “estoy pensando en el nacimiento de mi segundo nieto. Son buenas sensaciones. Es un perfecto recuerdo haber visto mi nieto más viejo feliz y ansioso para conocer a su hermanito”. Carolina compartió la situación negativa: “Yo recuerdo que necesitaba arreglar la puerta de la casa de mi patrona y entonces conseguí un soldador para hacer eso. Mi marido me acusó de haberle sido infiel con el soldador. Eso me dejó muy triste, él no se preocupó conmigo y solo con la desconfianza, sin motivo real”, substituyéndola por la imagen positiva: “pienso en la renovación de los votos de casamiento. Es bueno recordar eso, mentalizar ese cambio”.

### Sesión 7

En esa sesión las participantes fueron incentivadas a relatar detalladamente a la situación de violencia que más generó sufrimiento. Las emociones vivenciadas en el relato fueron exploradas. Las creencias en relación a la situación y las conductas derivadas de éstas, se integraron en un relato único. A partir del relato, terapeuta y paciente construyeron el “botón de emergencia”, que es una tarjeta de enfrentamiento conteniendo estrategias que serán utilizadas en los momentos en que las memorias intrusivas aparecen. Ana relató “el daño psicológico fue el peor impacto de la violencia para mí. Tengo baja auto-estima”, y eligió como estrategias del botón de emergencia: “puedo jugar con mi hija, dar una vuelta con mis hijos o jugar con mi vecina”. Denise eligió las siguientes estrategias para los momentos en que las memorias negativas surgieron: “puedo acordarme de abrir los cajones de imágenes, pensar y planear cosas para el futuro, hablar conmigo, hacer artesanía y organizar las cosas para la casa. Salir, ver y comprar materiales de artesanía”. Todavía, segundo ella, lo que la violencia dejó de peor consecuencia fue la baja capacidad de confiar en los hombres. La sesión fue encerrada después de la técnica de relajamiento.

### Sesión 8

La técnica de resolución de problemas (RP) fue introducida en esta sesión. Se trabajaron los cinco pasos de la RP: la orientación para el problema; la definición y la formulación del problema; la generación de soluciones alternativas; la toma de decisiones; la implementación de soluciones y la verificación. Esta técnica permite que el paciente pueda anticipar los resultados de una acción, evaluando y comparando cada solución levantada. Todavía, la RP permite que el individuo pueda evaluar su capacidad de resolver una situación conflictiva y, caso considere que la alternativa seleccionada no haya sido adecuada, debe reanudar el proceso (Caballo, 1996). Las participantes elaboraron una lista con tres problemas para que sean discutidos en la terapia. Estos fueron algunos de los problemas traídos por ellas: “¿dónde voy a dejar mi hijo mientras trabajo?” (Ana), “¿cómo voy a pagar impuestos para mi jubilación?” (Denise); “¿Debo vender mi casa o no?” (Beatriz); “¿Qué terreno debo escoger para construir a mi casa?” (Carolina). Como tarea de casa, fue sugerido que la paciente eligiera uno de esos problemas para buscar la resolución siguiendo los pasos ya aprendidos de la RP.

### Sesión 9

Se revisó la tarea de casa y se discutió la aplicación de la técnica y los resultados obtenidos. Todas las pacientes se sintieron beneficiadas por aprender a la técnica de la RP, llegando a conclusiones que generaron la disminución del nivel de ansiedad y la capacidad de reflexión. “Decidí que puedo contratar una señora para que se quede con mi hijo cuando yo necesite trabajar”. (Ana), “Sé que puedo organizarme. Voy a buscar una agencia bancaria para orientarme en la solución” (Denise).

### Sesión 10

La prevención a la recaída se empieza en esta sesión. El objetivo fue construir estrategias protectoras para evitar re victimizaciones, el conocimiento de la legislación, de las redes de protección

existentes para los casos de violencia y su funcionamiento. Las leyes Maria de la Peña y del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA) vigentes en Brasil para la protección y garantía de los derechos de ellas y de sus hijos fueron abordadas. Además de las aclaraciones sobre estas leyes, fueron identificados los papeles y las atribuciones que tiene cada órgano público que actúa en la protección de mujeres víctimas de la violencia. Ana refirió que: “*mis experiencias en la red fueron positiva, fui bien asistida en la comisaría de la mujer*”. Carolina dijo que: “*siempre me sentí bien asistida en la red, hoy, me siento segura si necesitase nuevamente recurrir a alguna ayuda. Me siento protegida y bien acogida*”. En contrapartida, Beatriz relató: “*La red es muy desorganizada. Fui asistida por personas relapsas y que no solucionaron mi problema, me condujeron para otros locales. En una situación, había cuatro personas en una sala y nadie me dio mucha atención. Es malísima mi evaluación sobre la red*”. Se dispusieron los teléfonos y las direcciones de los órganos de protección por si eran necesarios en las situaciones de riesgo identificadas.

### Sesión 11

Se utilizaron técnicas de Entrenamiento de Habilidades Sociales (THS), con el objetivo de que sean medidas protectoras. El THS tiene como objetivo enseñar estrategias y habilidades interpersonales para el paciente, con la intención de mejorar la competencia interpersonal e individual. Así, el paciente crea recursos para alcanzar objetivos y mantener su autoestima, contribuyendo para el desarrollo de la autonomía y la tomada de decisiones (Caballo, 2003). El objetivo fue entrenar a las participantes en que sean más asertivas en situaciones de conflicto, comunicarse de manera clara y precisa y desarrollar conductas protectoras. Denise relató: “*Hoy ya no acepto ser maltratada y tampoco menospreciada. Puedo pedir ayuda a una prima y a una amiga cuando pase por alguna situación de riesgo*”. Ana dice que: “*Puedo percibir cuando mi marido comienza a alterarse y me va agredir verbalmente. Antes yo solo escuchaba y después lloraba, ahora, eso me deja*

*indiferente y busco evidencias que me confirmen que lo que él dice no es plausible”.*

### **Sesión 12**

En esta sesión las participantes construyeron un proyecto para el futuro, con metas a corto, medio y largo plazo. Ellas detallaron sus pretensiones para de aquí a un mes, un semestre y un año, y esto fue agregado a su línea del tiempo, construida en el comienzo del tratamiento. Se discutieron los posibles desafíos y dificultades que podrían enfrentar en la ejecución del proyecto y se examinaron las alternativas para su resolución. Además, se retomaron todas las estrategias trabajadas a lo largo del protocolo para manejar los recuerdos de eventos violentos.

### **Sesión 13**

En la última sesión, la tarjeta construida en la primera sesión con la visión de sí mismas fue recuperada y fueron identificadas los posibles cambios en las creencias sobre sí. Una autoevaluación fue realizada. *“Hoy puedo identificar que existen muchas distorsiones del pensamiento. Antes yo creía que todo aquello era verdad. No me siento la mujer más maravillosa del mundo, tal vez nunca me sienta, pero ya sé que no soy la peor mujer y tampoco la peor madre del mundo. Tengo valor y voy a luchar siempre para realizar mis sueños”* (Ana). *“Percibí mi mejoría en cada encuentro y ahora mi vida está mejor. He conseguido cosas importantes que quiero e puedo cambiar lo que no esté bien”* (Denise). *“He venido usando las estrategias aprendidas con frecuencia, como el modelo ABS y RP. Estoy muy feliz porque ya no me siento más de aquella manera y por haber conquistado mi libertad”* (Beatriz). *“Ese proceso fue muy importante para mí, cambie mi vida para mejor. Estoy sintiéndome nuevamente una mujer, capaz de ser feliz y realizar mis sueños. Si la violencia volver a pasar, sé que tendré ayuda”* (Carolina).

## **Resultados de la Intervención**

El impacto de la intervención fue evaluado comparando los niveles de depresión, ansiedad y estrés antes y después del proceso terapéutico. Además, se verificó la presencia o ausencia del diagnóstico de TEPT en estos dos momentos. Los resultados descriptivos se presentan en la tabla 1.

Los análisis a partir del Método JT mostraron que las participantes 1 (IMC = - 3.1), 2 (IMC = - 3.9) y 4 (IMC = - 3.7) mostraron cambios positivos clínicamente significativos después de la intervención en los índices de ansiedad.

La participante 3 (IMC = - 1.9) mantuvo niveles estables de ansiedad después de la intervención. Los resultados con respecto a los niveles de depresión indicaron que la participante 2 (IMC = -2.6) mostró mejoras clínicamente significativas después de la intervención. Los resultados de las participantes 1 (IMC = -0.9), 3 (IMC = 0.1) y 4 (IMC = -0.8) indicaron que mantuvieron niveles estables de depresión después de la intervención.

Los síntomas de estrés presentaron reducción en los casos 2, 3 y 4 y se mantuvieron estables en el caso 1. Por fin, criterios diagnósticos para TEPT observados en el pre-test en los casos 2 y 4 no fueron identificados en el post-test. Por otro lado, en el caso 1 se observó que hubo el diagnóstico de TEPT después de la intervención.

Tabla 1.  
*Síntomas Presentados Antes (Pre-test) y Después (Post-test) del Proceso Terapéutico*

Síntomas	Tiempo	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Ansiedad	Pre-test	Leve	Moderado	Leve	Moderado
	Post-test	Leve	Leve	Leve	Leve
Depresión	Pre-test	Moderado	Grave	Leve	Leve
	Post-test	Leve	Leve	Leve	Leve
Estrés	Pre-test	Tiene estrés (etapa de resistencia y síntomas psicológicos)	Tiene estrés (etapa de casi agotamiento y síntomas psicológicos)	Tiene estrés (etapa de resistencia, síntomas físicos)	Tiene estrés (etapa de resistencia, síntomas psicológicos)
	Post-test	Tiene estrés (etapa de resistencia y síntomas psicológicos)	Tiene estrés (etapa de resistencia y síntomas psicológicos)	No tiene estrés	No tiene estrés
TEPT	Pre-test	No	Sí	No	Sí
	Post-test	Sí	No	No	No

### Discusión

La descripción de las sesiones y el análisis de los resultados de la evaluación psicológica antes y después de la aplicación del protocolo de la TCC sugieren evidencias iniciales de que la intervención alcanzó sus objetivos. Las primeras sesiones pusieron en evidencia problemas de baja autoestima y autoeficacia en las participantes. Los relatos menospreciándose a sí mismas corroboran con la literatura en lo respecta a los efectos de la violencia y de la negligencia en la infancia, principalmente en el contexto familiar. Estos patrones se mantuvieron en las relaciones establecidas en la vida adulta. Se percibe que aspectos transgeneracionales de la violencia se presentan en el relato de las mujeres participantes, lo cual, reafirma resultados estudios previos en el área. Las relaciones

familiares son modelos para el desarrollo de repertorios de comportamiento para la resolución de conflictos. Así, sufrir malos tratos o testimoniar violencia parental aumenta el riesgo para relaciones íntimas violentas (Gadoni-Costa, 2011; Lamoglia & Minayo, 2009; Marasca, Razera, Pereira, & Falcke, 2017).

A partir de la quinta sesión, se percibe que hay un cambio en la comprensión de las conductas de los cónyuges. La expresión de rabia y el reconocimiento de las dificultades y psicopatologías que los compañeros o ex compañeros presentaban, así como la discusión acerca de los aspectos de género relacionados a la violencia, permitió reestructurar creencias acerca de las experiencias referidas. Se entiende por reestructuración cognitiva, un proceso de constante discusión y cuestionamiento de los

procesos automáticos, así como la validación de las emociones negativas. Haciendo posible una mejor comprensión del propio funcionamiento psicológico y el desarrollo de un nuevo repertorio de creencias, más funcionales (Bass et al., 2014; Lucânia et al., 2009). La responsabilidad de los compañeros por los actos de violencia posee una relación directa con la disminución de culpa de esas mujeres. La culpa es un sentimiento asociado a la depresión y a la ansiedad. Además, la culpa es un factor de riesgo para el mantenimiento de relaciones violentas y es fomentada por expectativas sociales en relación a la mujer (Correia et al., 2014; Young et al., 2008).

Las sesiones de exposición gradual a las memorias traumáticas fueron fundamentales para la integración y la resignificación de recuerdos que generaban reacciones emocionales intensas y negativas. Estas sesiones son fundamentales para la reducción de los síntomas de TEPT porque promueven percepción de control de recuerdos intrusivos y mejor regulación emocional (Bermann & Graff, 2015; Habigzang et al., 2018; Ortiz et al., 2011). Las últimas sesiones, buscaron promover el empoderamiento de las pacientes, pues muchas encontraban dificultades para tomar decisiones y resolver problemas de manera más autónoma. La dificultad para tomar decisiones es común en las mujeres que han sufrido violencia. Sus parejas con frecuencia asumen papel de control y toma de decisiones, dejando a la mujer en una posición de subyugación (Matud, Fortes, & Medina; 2014; Miller, Howell, & Graham-Berhamms, 2014).

La visión que cada participante tenía de sí misma y de su futuro también fue alterada, volviéndose más positiva y funcional. Niveles de depresión, ansiedad, estrés y TEPT, que eran clínicamente significativos, antes de la intervención, presentaron una reducción después de finalizado el tratamiento. La intervención también promovió un reconocimiento de experiencias antes no identificadas como violencia, a través de la psicoeducación. Eso puede explicar porque la paciente Ana no presentó criterios diagnósticos, para el TEPT, al momento en

que se realizó el pre-test, pero al final de la intervención se identificaron criterios diagnósticos para el trastorno. Ana reconoció experiencias y síntomas que antes ella no entendía como relacionados con la violencia. La exposición constante a la violencia genera una naturalización de esa experiencia, dificultando que la mujer identifique la violencia sufrida (Zancan, Lawrenz, Cúria, Ligório, Freitas, & Habigzang, 2019). En ese sentido la psicoeducación es fundamental para evitar nuevas relaciones violentas (Bass et al., 2014; Bermann & Graff, 2015).

También se trabajaron cuestiones prácticas a respecto del funcionamiento de la red de protección y de cómo accionarla en situaciones de riesgo. Estas informaciones posibilitaron que las participantes se sintieran más seguras y, por lo tanto, capaces de pedir ayuda. La literatura apunta que el conocimiento y la información acerca de la red de protección aumentan las posibilidades de las víctimas de la violencia busquen por apoyo y amparo (Gadoni-Costa et al., 2011). Se trabajó de manera detallada la técnica de la Resolución de Problemas y se percibió, a través de los relatos que las participantes, que ellas culminaron el programa sintiéndose más capaces de tomar decisiones y pensar en soluciones para sus problemas, lo cual fue el objetivo principal de la intervención (Cort et al., 2014; Matud et al., 2014; Miller et al., 2014). Al final de las sesiones, ellas trajeron situaciones en las cuales conseguían identificar y enumerar posibles soluciones para los problemas enfrentados, así como planear los próximos meses y años de sus vidas, creando posibles metas que desean alcanzar.

Uno de los objetivos de las intervenciones cognitivo conductuales es que el paciente se vuelva su propio terapeuta después del proceso psicoterapéutico. Fue posible verificar que, a lo largo del proceso terapéutico, las participantes aprendieron a utilizar las técnicas para reconocer pensamientos disfuncionales y cuestionar creencias distorsionadas. La técnica de la resolución de problemas fue bien aprovechada y las participantes pasaron a hacer uso de esta, para crear alternativas para resolver problemas

cotidianos. Por fin, se identificó que la intervención contribuyó para mejorar la visión de sí mismas y construir un proyecto de vida que rompiera con el papel de sumisión a la violencia.

El impacto de la intervención fue positivo para los participantes que tenían niveles clínicos de ansiedad. Con respecto a la depresión, la participante 2, que tenía nivel grave en pretest, tuvo una reducción significativa en este síntoma después de la intervención. Las participantes 3 y 4 ya tenían niveles leves de depresión antes de la psicoterapia y, por lo tanto, se mantuvieron estables. La participante 1 presentó niveles estables de depresión después de la intervención y criterios para diagnóstico de TEPT. Una hipótesis para esta respuesta al tratamiento puede ser la experiencia del maltrato infantil no identificado antes de la psicoterapia y que a lo largo del proceso terapéutico ha demostrado ser importante. Las participantes 2 y 4 no presentarán TEPT después de la psicoterapia. El resultado positivo del protocolo de intervención corrobora lo que ya está descrito en la literatura acerca de la efectividad de la TCC en el tratamiento de pacientes víctima de violencia (Petersen et al., 2019).

Sin embargo, una limitación de este artículo se debe al hecho de que las sesiones fueron relatadas y no transcritas. El relato de las sesiones está envuelto por las observaciones subjetivas de las terapeutas. La transcripción de las sesiones garantizaría una mayor precisión y detalle de las intervenciones realizadas. Además, el estudio no presenta casos-control para la comparación de los resultados. Así, la delineación elegida no permite generalizaciones de los resultados encontrados. El caso de Ana merece atención debido al TEPT identificado después de la intervención. Este dato sugiere la necesidad de reformulaciones en el protocolo con sesiones adicionales en la técnica de exposición gradual a las memorias traumáticas.

A pesar de las limitaciones, el protocolo generó resultados positivos, que pueden ser considerados evidencias iniciales de su efectividad. El desarrollo y la evaluación

de la efectividad de los protocolos de psicoterapia, son fundamentales para calificar las acciones que fueron llevadas a cabo en salud mental para esa producción. Estudios complementares para la evaluación del proceso y resultado, con un mayor número de participantes y con grupo control, son fundamentales en la construcción de evidencias más sólidas de efectividad de la intervención propuesta.

#### Contribución de los autores:

a) Concepción y diseño del trabajo; b) Adquisición de datos; c) Análisis e interpretación de datos; d) Redacción del manuscrito; e) revisión crítica del manuscrito.  
L.F.H. ha contribuido en a,b,c,d,e; M.G.F.P. en d,e; L.Z.M. en d,e.

#### Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a Ed). Washington, DC: APA.
- Arruda da Silva, P., Costa, N., Santos, S., Oliveira, A. M., Silva, M. R., & Luz, G. (2012). Violência contra a mulher no âmbito familiar: Estudo teórico sobre a questão de gênero. *Enfermería Global*, 11(2), 251-258. doi: 10.4321/S1695-61412012000200017
- Bass, J., Annan, J., Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Watcher, K., Murray, L., & Bolton, P. (2014). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *The New England Journal of Medicine*, 368(26), 2182-2191. doi: 10.1056/NEJMoa1211853
- Barbosa, J. I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1-2), 60-79. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTC/C/article/view/416/310>

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Bermann, S., & Graff, L.M. (2015). Community-based intervention for women exposed to intimate partner violence: A randomized control trial. *Journal of Family Psychology*. 29(4), 537-547. doi: 10.1037/fam0000091
- Ceccon, R. F., Meneghel, S. N., & Hirakata, V. N. (2014). Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 758-765. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005228
- Correia, C., Gomes, N., Coutro, T., Rodrigues, A., Erdmann, A., & Diniz, N. (2014). Representações sobre suicídio com mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, 23(1), 118-125. doi:10.1590/S0104-07072014000100014
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159. doi:10.1590/S1516-44462001000300008
- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Garcia, L., Duarte, E., Freitas, L., & Silva, G. (2016). Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00011415. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00011415>
- Gadoni-Costa, L. M., Zucatti, A. N., & Dell'Aglío, D. D. (2011). Violência contra a mulher: Levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(2), 219-227. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/09>
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 29(4), 453-457. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107>
- Habigzang, L. F., Schneider, J. A., Frizzo, R. P., & Freitas, C. P. P. (2018). Evaluation of the Impact of a Cognitive-Behavioral Intervention for Women in Domestic Violence Situations in Brazil. *Universitas Psychologica*, 17(3), 52-62. <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsyl7-3.eicb>
- Hanada, H., D'Oliveira, A. F., & Schraiber, L. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, 18(1), 33-59. doi 10.1590/S0104-026X2010000100003
- Hasse, M., & Vieira, E. (2014). Como os profissionais da saúde atendem mulheres em situações de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde debate*, 38(102), 482-493. doi 10.5935/0103-1104.20140045
- Jacobson, N. S & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Jonas, S., Khalifeh, H., Bebbington, P. E., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Howard, L. M. (2014). Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: Results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(02), 189–199. doi:10.1017/S2045796013000292.
- Lamoglia, C. V. A., & Minayo, M. C. S. (2009). Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: Estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 595-604. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200028&script=sci\\_abstract&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200028&script=sci_abstract&tlng=PT)
- Lettiere, A., Nakano, A. M., & Bittar, D. (2012). Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 524-529. doi: 10.1590/S0103-21002012000400007
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lucânia, E., Valério, N., Barison, S., & Miyazaki, M. C. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: Estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 817-826. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a22.pdf>
- Marasca, A. R., Razera, J., Pereira, H. J. R., & Falcke, D. (2017). Marital physical violence suffered and committed by men: repeating family patterns?. *Psico-USF*, 22(1), 99-108. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220109>
- Matos, M., Machado, A., Santos, A., & Machado, C. (2012). Intervenção em grupo com vítimas de violência doméstica: Uma revisão da sua eficácia. *Análise Psicológica*, 30(1-2), 79-91. doi: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087082312012000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087082312012000100008&script=sci_arttext)
- Matud, M.P., Fortes, D., & Medina, L. (2014). Eficácia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psichosocial Intervention*, 23, 199-207. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179832689005.pdf>
- Miller, L., Howell, K., & Graham-Berham, S. (2014). The effect of an evidence-based intervention on women's exposure to intimate partner violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 321-328. doi: 10.1037/h0099840.
- Monteleone, T.V., & Witter, C. (2017). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos: Conceitos, Estudos e Perspectivas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 48-61. Retrieved From: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003962015>
- Netto, L., Moura, M., Queiroz, A.B., Tyrell, M., & Bravo, M (2015). Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 458-464. doi: 10.1590/1982-0194201400075
- Petersen, M. G. F., Zamora, J. C., Fermann, I. L., Crestani, P. L., & Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n01A07>
- Serralta, F., Nunes, M. L., & Eizirik, C. (2010). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 201-510. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=610785&indexSearch=ID>
- Norman, K. D., & Yvonna S. L. (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.



- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Ortiz, E., Encinas, F., Mantilla, P. & Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología Avances de la Disciplina*. 5(2), 13-31. Retrieved From: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224105002.pdf>
- Ribeiro, W., Andreoli, S., Ferri, C., Prince, M., & Mari, J. (2009). Exposição à violência e problemas de saúde mental em países de desenvolvimento: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 49-57. Retrived from <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a03.pdf>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schultess, P., Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on psychotherapy research and initial results of the naturalistic psychotherapy study on outpatient treatment in Switzerland. *International Journal of Psychotherapy*, 14(3), 23-35. Retrived from <http://www.psychotherapieforschung.ch/downloads/Tschuschke-e.pdf>
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas Cognitivo-Comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Association, WHO. (2016). *Violence against women*. Retrieved From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- Zancan, N., Lawrenz, P., Cúria, B. G., Ligório, I., Freitas, C. P. P., & Habigzang, L. F. (2019). Histórico de violência e Transtornos de Estresse Extremo Não-Especificados (DESNOS) em mulheres. *Contextos Clínicos*, 12(2). doi: 10.4013/ctc.2019.122.14