

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA
DE PREVENCIÓN INDICADA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR BASADO EN
LOS PRINCIPIOS DEL MODELO TRANSTEÓRICO**

Jenny Manyuri Vera Méndez

Luis Enrique Flórez Alarcón (Asesor)
Doctor en Psicología General Experimental

Tesis, para optar al título de Magíster en Psicología con énfasis en Salud y Prevención

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
BOGOTÁ, D.C., 2010

Dedicatoria

Este nuevo fruto académico es dedicado muy afectuosamente a mi familia, a mis padres quienes me han acompañado y apoyado con amor y paciencia en cada momento de mi vida y a mi hermana en quien espero haber sembrado el deseo de investigar y seguir creciendo personal y académicamente.

A mi gran amiga Helena Vélez por su colaboración, paciencia y apoyo incondicional, pero sobre todo por escucharme y aconsejarme siempre, esta experiencia no hubiera sido lo mismo sin tu guía desinteresada.

Y a mi gran amor Julián Céspedes por la motivación constante que me diste para la culminación de esta experiencia académica.

Agradecimientos

A mi tutor el Doctor Luis Flórez por asesorarme a lo largo de este camino que recién empieza, por compartir sus conocimientos conmigo e inspirarme el amor por la psicología de la salud.

A mis amigos por creer en este proyecto.

Y a la Secretaria de Educación, programa Salud al Colegio por facilitar el espacio - Colegio Veintiún Ángeles- para la ejecución del proyecto, así como al grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la Universidad Nacional de Colombia por facilitar el espacio de aplicación del proyecto en el Colegio Nueva Constitución.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	8
Consideraciones Teóricas.....	8
Caracterización de la VIF.....	8
Modelo transteórico y sus aplicaciones para la violencia intrafamiliar	17
Antecedentes empíricos.....	24
Problema de investigación	33
Objetivos, Hipótesis y Variables.....	33
Objetivo general	33
Objetivos específicos.....	33
Hipótesis.....	33
Variables.....	34
MÉTODO.....	35
Diseño.....	35
Participantes	36
Instrumento.....	37
Procedimiento.....	37
Fase 1: Adaptación del URICA-DV a víctimas de VIF.	37
Fase 2: Formación de grupos.	38
Fase 3: Diseño.	40
Análisis de datos.....	40
RESULTADOS	42
Datos Sociodemográficos.....	42
Consistencia Interna	43
Intervención.....	44
Datos Sociodemográficos.....	44
Resultados de la Intervención	48
DISCUSIÓN.....	53
REFERENCIAS	61

Lista de tablas y figuras

Figura 1. Ciclo de la violencia familiar.....	10
Figura 2. Esquema de los componentes del modelo transteórico	18
Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra	43
Tabla 2. Estadísticas descriptivas y análisis de confiabilidad.....	43
Tabla 3. Correlaciones escala-ítem, todas las escalas todos los ítems	44
Tabla 4. Datos sociodemográficos de la muestra final del grupo experimental	46
Tabla 5. Datos sociodemográficos de la muestra final del grupo control	47
Tabla 6. Agrupación de participantes según algoritmo de disponibilidad al cambio	48
Tabla 7. Prueba t para muestras independientes. Grupo Experimental.....	48
Tabla 8. Prueba t para muestras independientes. Grupo Control	49
Tabla 9. Análisis de Varianza	49
Figura 3. Perfil de cambio. Grupo Experimental	50
Figura 4. Perfil de cambio. Grupo Control.....	50
Tabla 10. Chi cuadrado	51
Figura 5. Perfil de cambio determinado por algoritmo. Grupo Experimental	51
Figura 6. Perfil de cambio determinado por algoritmo. Grupo Control.....	51
Tabla 11. Análisis de Correlaciones.....	52

Lista de apéndices

APÉNDICES	71
Apéndice A: URICA-DV-V	71
Apéndice B: Consentimiento Informado.....	73
Apéndice C: Evaluación de la sesión	74
Apéndice D: Descripción de los talleres	75
Apéndice E: Dinámicas.....	77

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN INDICADA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR BASADO EN LOS
PRINCIPIOS DEL MODELO TRANSTEÓRICO

RESUMEN

Se diseñó un programa de prevención indicada de la violencia intrafamiliar (VIF), sustentado en el modelo transteórico (MTT), y se evaluó su impacto en una muestra experimental de 38 madres de niños de primaria a través de mediciones pre y pos test mediante el uso del cuestionario “University of Rhode Island Change Assessment Scale for Domestic Violence” (URICA-DV-V). Los resultados mostraron cambios significativos en el incremento en la disponibilidad al cambio (intención de moderación de la violencia) en los sujetos del grupo experimental en comparación con variaciones poco significativas de la intención en los sujetos del grupo control. Dichos cambios se evidenciaron en la variación de las puntuaciones de las etapas de cambio, -en donde primaron las etapas iniciales en la evaluación pre-test (precontemplación) mientras que en la evaluación post-test estuvo marcada por las etapas finales del cambio (preparación y acción). Estos resultados apoyan la pertinencia del MTT como un enfoque útil en la prevención de la violencia intrafamiliar, abriendo paso a la posible generalización de estos resultados a grupos poblacionales diferentes no solo de este sino de otros modelos de prevención.

Palabras Clave: Violencia intrafamiliar, prevención indicada, modelo de prevención, etapas de cambio.

ABSTRACT

An indicated-family violence prevention program was designed based on the transtheoretical model of change (TTM), evaluating its impact on an experimental sample of 38 mothers in a primary school, through pre and post test assessments based on the University of Rhode Island Change Assessment Scale for Domestic Violence (URICA-DV-V). Results showed significant improvements on the disposition to change (intention to control domestic violence) on the

subjects in the experimental group compared to non-significant variations in the subjects in the control group. Variations in the scores in every stage of change were evident in the above mentioned changes, showing a tendency for initial stages (precontemplation) in the pretest evaluation, while in the post-test evaluation the subjects either classified as belonging to preparation or action stages. This results support the usefulness of the MTT as a useful model for domestic violence prevention, while questioning the possibility for generalizing these results to different groups of this and other preventive models.

Key words: Domestic violence, indicated prevention, transtheoretical model, stages of change

INTRODUCCIÓN

Una de las problemáticas que actualmente tiene mayor incidencia en Colombia es la violencia en sus diferentes expresiones; de ahí que sea relevante emprender acciones encaminadas a su prevención como por ejemplo aquellas intervenciones dirigidas a mejorar la convivencia familiar (bajo el supuesto de que siendo el entorno familiar el espacio donde los procesos de socialización tienen su origen, sería un abordaje de entrada ideal para enfocar la prevención de comportamientos violentos).

La violencia intrafamiliar (VIF), como se denomina a la violencia expresada al interior del hogar, ha despertado gran interés en la actualidad principalmente a nivel social. El conocimiento que se ha alcanzado acerca de sus consecuencias en diferentes escenarios es tal, que hoy en día es reconocida como un problema de salud pública que representa una violación de los derechos humanos, que atenta contra la seguridad ciudadana, que lesiona a las personas en su ámbito privado, (es decir en el seno de la familia) deteriorando la salud física y psicológica de sus integrantes, llegando a generar en ocasiones un efecto invalidante para las víctimas (Corsi, 2006).

Para comprender el fenómeno de la VIF es preciso caracterizarla en una forma que permita abordar de forma general las conceptualizaciones que se han generado tanto alrededor de esta temática como de los métodos empleados en su abordaje. Se revisará brevemente el marco del modelo transteórico (MTT), adoptado como una herramienta útil para la prevención de la VIF.

Consideraciones Teóricas

Caracterización de la VIF

La preocupación generada por las diferentes acciones que implican violencia al interior de un hogar no lleva más de un siglo, lo que no significa que en épocas pasadas no se presentaran actos violentos en las familias. Se pensaba entonces que eran asuntos privados y por tanto de competencia exclusiva de cada familia, dejando por fuera la posibilidad de cualquier intervención externa.

En la medida que se fue haciendo cada vez más evidente que ciertos comportamientos al interior del hogar generaban serias consecuencias físicas –inicialmente en niños con la descripción del “síndrome del niño golpeado” en 1868 se hizo necesaria la intervención por parte de las autoridades al interior de los hogares para que fueran emergiendo a la luz pública otro tipo

de maltratos. Simultáneamente a las acciones orientadas a la promulgación de los derechos del niño, las mujeres empezaron a buscar mayor igualdad y control sobre los actos de violencia de los que eran víctimas al interior de los hogares (Echeburúa & Del Corral, 2002; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] & Fundación Rafael Pombo, 2003)

Desde entonces se han hecho avances significativos en cuanto a la descripción de los diferentes actores, modos, secuelas y comprensión general del fenómeno. El resultado fue una definición de la VIF como un conjunto de comportamientos intencionales ejecutados por un miembro de la familia quien, por acción u omisión, busca obtener el control sobre otro de sus integrantes por medio de la fuerza, doblegando su voluntad, constituyéndose en un abuso de poder y de confianza, donde por lo general resulta amenazada la supervivencia, seguridad o el bienestar del otro (Dohmen, Paggi, Pluis, Suárez, & Yagupsky, 2001; Echeburúa & Del Corral, 2002; Álvarez & Hartog, 2006; Corsi 2006).

Los factores causales de este fenómeno son clasificados de acuerdo con Álvarez y Hartog (2006) en dos grandes grupos: a) Déficit en habilidades para la solución de problemas y situaciones de estrés en presencia de dificultades económicas, problemas para el control de la ira, consumo de sustancias psicoactivas, desconfianza y problemas en el proceso de adaptación a diferentes etapas del ciclo vital, entre otros (Barcelata & Alvarez, 2005) y b) Factores socioculturales, que favorecen la desigualdad entre los miembros de la familia y que conducen a una naturalización de la violencia como forma legítima de relacionarse, entre los cuales se encuentra el modelo de familia patriarcal y ciertas creencias acerca de las obligaciones de algunos integrantes de la familia que los deja en desventaja en relación a los demás.

Otros autores señalan que un último predisponente es el carácter transgeneracional de la violencia, donde inicialmente la víctima (por lo general la madre) se convierte en victimaria de sus hijos y a la vez éstos se convierten en victimarios de sus compañeros de colegio y más adelante de sus propios hijos, pues han aprendido en sus familias de origen que las conductas agresivas son un medio adecuado para la solución de conflictos, y que ponerlas en práctica lleva a la adquisición de poder frente a la víctima (Markez, Moreno & Izarzugaza, 2006; Morales, 2002).

Dentro de los factores mantenedores se encuentran “el ciclo de la violencia” y su formación creciente. Dohmen et al. (2001) describen el ciclo como un transcurrir de diferentes momentos repetitivos, ilustrados en la Figura 1. Respecto a su efecto creciente, plantean que cuando la violencia se hace visible y frecuente (ej. maltrato físico recurrente), la víctima se encuentra

sometida y temerosa frente al agresor, además percibe estos eventos como súbitos ya que no percibe como violentos los actos a los que fue sometida con anterioridad y que incluyen formas de maltrato menos visibles y poco frecuentes (ejemplo maltrato psicológico ocasional). Este incremento en la violencia está acompañado de una ganancia de poder por parte del agresor y una disminución de la autoestima por parte de la víctima.

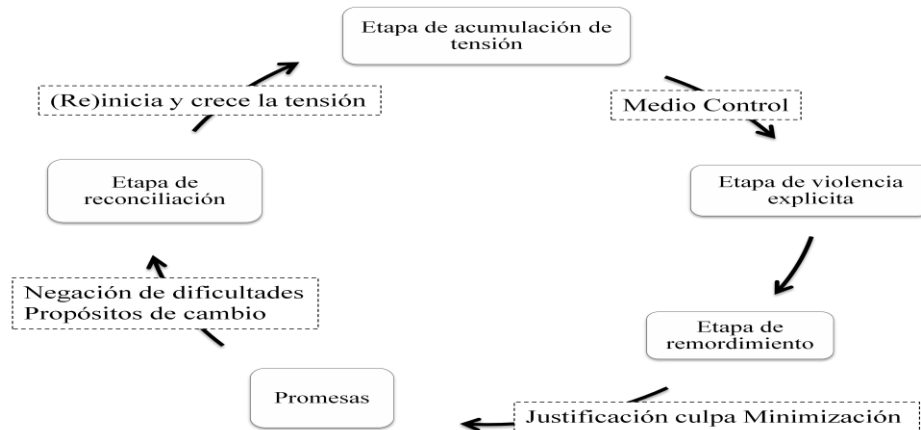


Figura 1. Ciclo de la violencia familiar
Tomado de Zolezzi, Marchetti & López (2006. p. 23)

Los planteamientos anteriores señalan la existencia de una serie de factores predisponentes de la presencia de violencia al interior de los hogares entre los que se encuentran déficit en habilidades para la solución de problemas, factores socioculturales y la transmisión transgeneracional de la violencia, tanto en agresores como en víctimas. A esto se suma la presencia de mantenedores de este fenómeno como “el ciclo de la violencia” y la formación creciente de la misma. De aquí emergen al menos dos tipos de víctimas: directas e indirectas. El primer tipo, hace referencia a la persona contra quien se emprende la conducta violenta y la segunda a aquellos que la presencian, en su mayoría los hijos (Londoño, 1990; Markez et al, 2006).

Los hechos violentos que ocurren al interior de la familia caen dentro de diferentes tipologías construidas sobre una amplia variedad de parámetros. Por ejemplo, cuando se hace alusión a cuál miembro de la familia es la víctima, los hechos violentos se clasifican en: a) maltrato infantil, b) violencia conyugal y c) maltrato hacia los ancianos; mientras que cuando se hace alusión al tipo de abuso se encuentra principalmente la violencia a) física (actos violentos que dejan secuelas corporales) b) verbal (uso de expresiones hostiles dentro del diálogo) c) psicológica (actos denigrantes, intimidatorios, y de responsabilización exagerada, entre otros) d)

económica (obtención del control a través de los recursos económicos) y e) sexual (obligar a participar o presenciar actos de connotación sexual a otra persona) (Álvarez & Hartog, 2006; Dohmen et al., 2001).

También se puede hacer alusión a la reciprocidad o unidireccionalidad, en cuyo caso se clasifica en: a) bilateral, cuando es ejercida en condiciones de igualdad de fuerzas y ataques por ambos miembros de la pareja y, b) unidireccional cuando hay desbalance. Finalmente de acuerdo al nivel de visibilidad del acto agresivo, puede ser: a) pasiva, tal es el caso de la negligencia, o b) activa, como la violencia física (Moreno, 2002; Ramírez, 2006).

Adicional a estas formas de violencia, en ocasiones se presenta maltrato a hombres dentro de la violencia conyugal; sin embargo éstos son casos poco frecuentes, debido a que en el desbalance de poder culturalmente es él quien resulta beneficiado, lo que representa un factor causal de gran relevancia en la generación de VIF (Dohmen et al., 2001).

En la historia de la VIF han existido diferentes tipos de aproximaciones. En un primer momento se intentó explicarla desde un modelo médico, que hacía énfasis en la búsqueda de una causa última como el consumo de alcohol excesivo, los trastornos psicológicos o la conducta de la víctima (Dohmen et al., 2001).

Sin embargo, con el paso del tiempo ha quedado claro que el fenómeno de la VIF es mucho más complejo, por lo que fue necesario cambiar de este modelo explicativo a otro que explicara de forma integral el fenómeno. Drug, Mercy, Dahlberg, & Zwi (2002) durante el Reporte Mundial sobre Violencia y Salud (RMVS) de la Organización Mundial de la Salud [OMS] encontraron que el modelo ecológico respondía a esta integralidad al incluir un componente individual adicional al macrosistema, exosistema, mesosistema y microsistema, propios de la visión original del modelo.

Desde esta nueva perspectiva, el macrosistema hace referencia a las creencias culturales asociadas al problema, el exosistema a las estructuras sociales que pueden mediar en la solución o actuar como mantenedoras del mismo, el mesosistema a los elementos estructurales de la familia, y el microsistema hace alusión a la historia particular de sus integrantes. En la VIF ésta incluye por lo general vivencias de maltrato en las familias de origen.

Por último el componente individual está constituido por 4 dimensiones: a) conductual, que incluye aquellos comportamientos de víctimas y agresores encaminadas a ocultar la VIF de las personas con quienes interactúan; b) cognitiva, hace alusión a las estructuras rígidas de

pensamiento por parte de los hombres, así como los pensamientos irracionales y desesperanzadores por parte de las mujeres, c) interaccional, se refiere al inicio de la violencia desde el noviazgo y al “ciclo de la violencia” y d) psicodinámica, que hace alusión a la adquisición de mecanismos de resolución de problemas maladaptativos desde la infancia para los hombres y en ellas hace referencia a la dependencia y sumisión, producto de una historia de maltrato desde la infancia.

El fenómeno de la VIF genera consecuencias a corto y largo plazo, tanto para quienes la padecen de forma directa como indirecta (Rivas, 2001). Las consecuencias a corto plazo, se hacen visibles principalmente de dos formas, por un lado a través de las secuelas físicas (que incluyen lesiones, enfermedades neurológicas, pérdida de hijos, órganos, entre otros) y por otro lado a través de las consecuencias psicológicas, que abarcan la ideación suicida, sentimientos de minusvalía, debilitación de las relaciones interpersonales, disminución en el rendimiento laboral, entre otras. Éstas varían en el nivel de gravedad, donde el caso más extremo es la muerte (Drug et al., 2002; Profamilia, 2005).

Por su parte, las consecuencias a largo plazo se evidencian en la transmisión intergeneracional y la alteración de capacidades personales como la formación del autoconcepto en las víctimas indirectas (Ruiz, Roper, Amar & Amarís, 2003).

Con relación a la transmisión intergeneracional de la violencia se ha encontrado que cuando un niño experimenta VIF en su hogar por un lado despliega patrones de interacción violentos con sus pares mientras que por el otro lado se ve comprometido su desarrollo emocional y social (lo que en conjunto podría predisponerlo a presentar el mismo tipo de violencia en la edad adulta) En general, los niños tienen una mayor probabilidad de convertirse en victimarios mientras que las niñas se enfrentan al fenómeno de la re victimización (es decir volver a ser víctima de actos violentos ahora infringidos por otro victimario en un espacio diferente). Es pertinente tener presente que solo se necesita una relación afectiva para asumir estos roles, por lo que la violencia se puede presentar desde el noviazgo (Kwong, Bartholomew, Henderson & Trinke, 2003; Rivera, Allen, Chávez, & Ávila, 2006; Rivera, Allen, Rodríguez, Chávez, & Lazcano, 2006).

Adicional a esto, la violencia experimentada en la infancia puede ser una variable predictora de consumo de sustancias como comorbilidad de la VIF (aún cuando se controla la presencia de historia personal de delincuencia). Al respecto Ramírez (2000, 2003) plantea que la transmisión

intergeneracional en este caso gira en torno a tres elementos clave: a) intensidad de los eventos vividos, b) estilo de cognición asociado al evento y c) percepción del victimario.

Este conjunto de consecuencias a corto y largo plazo, perjudiciales a nivel físico o psicológico, contribuyen a incrementar la vulnerabilidad de presentar VIF a futuro y otros comportamientos de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, lo que justifica aún más la importancia de realizar acciones preventivas en VIF y plantear políticas claras que favorezcan la reducción de su prevalencia (Rivera, Allen, Chávez et al., 2006).

Antes de abordar la legislación vigente a nivel nacional en materia de regulación de la VIF es pertinente conocer las dificultades que se han presentado para ejercer control sobre la incidencia de este fenómeno. Los principales obstáculos encontrados son las dificultades para la cuantificación del problema debidas a la naturalización del fenómeno (facilitada por el desconocimiento existente en ciertos sectores de la VIF como problema, incluso como delito) algunas creencias asociadas al matrimonio y el no contar con redes de apoyo claras. La falta de unificación en los criterios de monitoreo de la problemática es otra dificultad insoslayable que ha ocasionado serios problemas de registro.

En el caso colombiano los datos proceden en su mayoría de la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud). El principal inconveniente de esta fuente es quizás el cambio constante en los aspectos evaluados (que dificulta hacer comparaciones y las que llegan a ser viables difícilmente se pueden valorar como concluyentes). El Instituto Nacional de Medicina Legal, a través de sus diferentes informes anuales se constituye como la segunda fuente de registros en la que nuevamente aparecen inconvenientes relacionados con el tipo de registros, ya que solo reporta a las personas que fueron atendidas por maltrato físico, clasificado de acuerdo al tipo de víctima. El sesgo que dificulta la cuantificación es la omisión de otras formas de violencia diferentes a la física (por ejemplo la económica, la verbal, la psicológica entre otras).

Los diferentes criterios para monitorear la evolución del fenómeno han variado en función de los aportes explicativos al fenómeno y las leyes vigentes a nivel nacional e internacional en cada periodo medido. Por ejemplo, para Colombia fue hasta 1991 donde en el artículo 42 de la actual Constitución que se expresó: “Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada conforme a la Ley”; dos años más adelante con la Ley 82 se vendría a proteger los derechos de la mujer cabeza de familia, pero solo con la

Ley 294 de 1996 se dictaron normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar (Presidencia de la República, s.f.; Senado de la República, 1996)

En esta misma Ley se contemplaron dos formas de sancionar la VIF: una por vía penal y otra por la civil. A partir de esto se estableció en primer lugar la VIF como delito y el maltrato era entendido como una lesión personal y restricción a la libertad física; en segundo lugar se facultó a los jueces de familia a tomar medidas de protección para poner fin a las agresiones (Perfetti, et. al., 2000).

Esta evolución en la legislación colombiana responde a las diferentes iniciativas mundiales en materia de igualdad de derechos que vienen desde 1948 con la proclamación universal de los Derechos Humanos, pasando por las Conferencias Internacionales sobre las Mujeres de la ONU, realizadas desde 1975 (en las que se dio el espacio para empezar a hablar de la violencia contra ellas) pero quizá el hito más significativo se presentó en 1993 donde se pone en evidencia la responsabilidad de la comunidad internacional frente la protección de las mujeres contra los abusos de los que son víctimas. A partir de 1993, los gobiernos dejan de considerar la violencia contra la mujer como un asunto privado, y exigen la adopción de medidas concretas para impedir los actos violentos. Solo hasta 1995 se redacta una plataforma de acción concreta en la que se determinan las medidas que los gobiernos y las comunidades deberán adoptar para controlar la violencia contra la mujer. Probablemente en respuesta a esto surgió en 1996 la Ley 294 citada anteriormente (Iriarte, 2002; Presidencia de la República, s.f.; Senado de la república, 1996).

Esta Ley fue modificada en 1999, lo cual dio pie a la expedición de la Ley 575 del 2000, cuyo principal objetivo fue cambiar la competencia para dictar medidas de protección, pasando de los jueces a los comisarios de familia y los jueces de paz; para el 2004 el artículo 229 de esta Ley fue reformado con la Ley 882, llamada “la Ley de los ojos morados”, que de acuerdo con Rivera (s.f.), “implicó un gran retroceso frente a las luchas de las mujeres” ya que desde el nombre ya reduce a la VIF a la violencia conyugal extrema (restando importancia a los otros tipos de VIF relegándolos a meras descripciones generales de lo que se conoce la VIF sin reconocerles respaldo legal) planteando además que la VIF sería un problema de la institución familiar (restándole injerencia al Estado al respecto) y equiparando la violencia conyugal contra ellas, como un asunto de violencia de género y no como un asunto de derechos humanos (Senado de la República, 2000; 2004).

Posterior a esta surgió la Ley 1098 del 2006, conocida como el código de la infancia y la adolescencia, con el que se buscó “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” en esta nuevamente se resalta el artículo 42 de la actual Constitución (Senado de la República, 2006).

Con relación a las sanciones y manejo de la VIF propiamente dicha, la ley más reciente es la 1257 del 2008 “*Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres*”. Uno de los logros más significativos es que busca garantizar los derechos de las víctimas, entre otras cosas al eliminar la figura de conciliación al establecer que no se puede obligar a una mujer violentada a que se enfrente en ese tipo de espacios a su agresor. Sin embargo, aún no existen garantías que revelen el conocimiento y puesta en marcha de esta ley por todos los entes pertinentes (Senado de la República, 2008).

Es relevante conocer algunas de las normas legales vigentes, ya que estas han influenciado el registro significativamente. Tomando como eje de referencia la ENDS se encuentran aspectos como la percepción de las posibles causas de las golpizas y el tiempo de convivencia antes de recibir el primer golpe que para 1990 se usaban para establecer la incidencia de la VIF, este último aspecto no volvió a ser retomado en ninguna de las encuestas que le siguieron, posiblemente porque el interés se trasladó a otros aspectos como por ejemplo garantizar el conocimiento de la problemática, eje principal en la ENDS de 1995, (justificado, tal vez por el hecho que para entonces se esperaba que fuera visible la incidencia de la nueva constitución) (ENDS, 1990; 1995).

Otro aspecto que varía es que hasta 1995 se abordaron las consecuencias hacia el menor descritas por la madre (brindando un elemento valioso para el trabajo preventivo en materia de concientización de la problemática y reevaluación ambiental de las consecuencias), así como el impacto de este tipo de conducta en los hogares. Sin embargo, como para esta fecha el interés era evaluar el conocimiento sobre las fuentes de ayuda planteadas en la nueva Ley, este aspecto se dejó a un lado y no es posible encontrarlo en la encuesta más reciente. La principal consecuencia de perder este tipo de datos es que impide comparar a profundidad los posibles resultados de las acciones que se han emprendido, al menos en materia de percepción de consecuencias del fenómeno (ENDS, 1995).

No obstante es posible rescatar avances. En el 2000 se evidenció un interés por indagar si se refleja la teoría en la práctica (abordando la ocurrencia o no de diferentes formas de maltrato en la vida de convivencia conyugal). Otro logro se da en la ENDS del 2005, pues se vuelve a indagar sobre consecuencias, pero no en otros integrantes sino en ellas mismas, al preguntar sobre secuelas físicas principalmente, (respondiendo así al tipo de maltrato en que enfatiza la ley para este momento) (ENDS, 2000; 2005).

Dentro de los aspectos susceptibles de comparación, (o sea aquellos comunes a las diferentes encuestas de los años 1990, 1995, 2000 y 2005), solo se encuentran algunos aspectos acerca de los motivos de la víctima para no acudir a alguien que permiten evidenciar cómo tal vez el principal logro de las campañas adelantadas sea que la disminución en la creencia por parte de las mujeres de que este tipo de problemas pueden ser solucionados por sus propios medios, que disminuyó del 31% en los años 90s al 16% para el 2000 y 2005 (ENDS, 1990; 1995; 2000; 2005).

Sin embargo, este único aspecto no significa que a mayor conocimiento se tiene mayor control del problema. Aspectos como el temor a las represalias no han presentado una alteración significativa, en lugar de esto ha presentado ascensos y descensos similares en los diferentes momentos de medida, oscilando alrededor del 20%. Lo mismo ocurre con la creencia de que no va a volver a ocurrir, que aunque no es evidente en 1995, asciende al 7% en 1990 y al 9,7% en el 2005. Aunque no es significativo, permite evidenciar que es necesario incluir otros elementos más allá de la sensibilización del fenómeno y la denuncia del mismo (ENDS, 1990; 1995; 2000; 2005).

Al confrontar estos datos con los de medicina legal, se encuentra que desde 1997 hasta la fecha efectivamente se ha presentado un incremento aparente en el número de personas atendidas por maltrato físico causado por la pareja, pasando de 39.445 en 1997 a 58.533 en el 2008. Sin embargo dado que persiste el problema de registro en donde actualmente se incluyen los malos tratos recibidos por ex pareja, novio y esposo, no se pueden establecer con precisión las partes comparables del registro.

Por otro lado estos datos podrían indicar por un lado que las leyes actuales no están brindando las garantías necesarias para las víctimas, tampoco establece cuáles de las acciones en materia de prevención y control del riesgo producido por la VIF han sido efectivas. Una

conclusión de lo anterior sería por tanto que la mera información y sensibilización sobre la problemática no está favoreciendo el control del fenómeno (Carreño, 2008).

En el informe Forensis (2008) se deja en evidencia que a través de sus 10 años de publicación los datos sobre VIF presentan una serie de variables constantes en el tiempo, por ejemplo la vivienda como escenario de la violencia, padres y madres agresores, las horas de la noche y el fin de semana como espacio en el predomina la VIF. Reconoce además que se han hecho grandes esfuerzos por generar medidas de orden legislativo, como el Código de infancia y adolescencia y la reciente Ley 1257. Sin embargo la poca variabilidad de los datos que tienden a aumentar más que a disminuir el reporte de casos de VIF, donde se pasó de 57.495 casos en el 2007 a 58.533 en el 2008 (es decir se dio un incremento del 1,8%) parecen indicar que estas leyes resultan difíciles de operativizar (Carreño, 2008).

La anterior revisión refleja la importancia de buscar acciones encaminadas a solucionar este fenómeno desde diferentes perspectivas, ya que como lo plantea Carreño (2008) las leyes por sí mismas no son suficientes para regular de forma absoluta las conductas sociales asociadas a la VIF, por tanto se requiere de estrategias dirigidas a una prevención efectiva que permita poner fin al ciclo de la violencia que se presenta al interior de los hogares.

Para que las iniciativas en materia de prevención sean efectivas se requiere que las propuestas estén fundamentadas en una solida perspectiva psicológica y modelos que favorezcan la transformación de los estilos de vida, dirigidos en este caso al fomento de comportamientos que favorezcan la sana dinámica familiar y la erradicación de actos violentos, dentro de la amplia gama de modelos preventivos, los modelos de etapas son los que se ajustan mejor a esta necesidad ya que dentro de sus planteamientos se centran tanto en la fase motivacional, como en la fase volitiva, necesaria para que el cambio sea ejecutado efectivamente (Flórez, 2007b).

Para el presente trabajo se propone el uso del MTT en la prevención de la VIF en población colombiana, por tanto es pertinente abordar sus principios antes de entrar a exponer la pertinencia de su empleo.

Modelo transteórico y sus aplicaciones para la violencia intrafamiliar

El MTT del cambio de comportamientos en salud Prochaska, Norcross y Diclemente (1994), es un modelo cognitivo-social de etapas dirigido a la adquisición de conductas saludables, donde se parte de una etapa motivacional, en la que la persona no es consciente de su problemática (por

lo que no ha tomado la decisión de actuar) y unas etapas finales de base conductual donde se orienta al mantenimiento de la toma de acción, además incluye procesos de cambio (las estrategias que favorecen el tránsito a través de las etapas y variables intermediarias) como el balance decisional y la autoeficacia, constructos que facilitan el ascenso a través de las etapas al favorecer la acción de los procesos de cambio ilustrados en la figura 2 (Prochaska & Prochaska, 1993; Brown, 1997; Flórez, 2000; 2003; Daly, 2004).

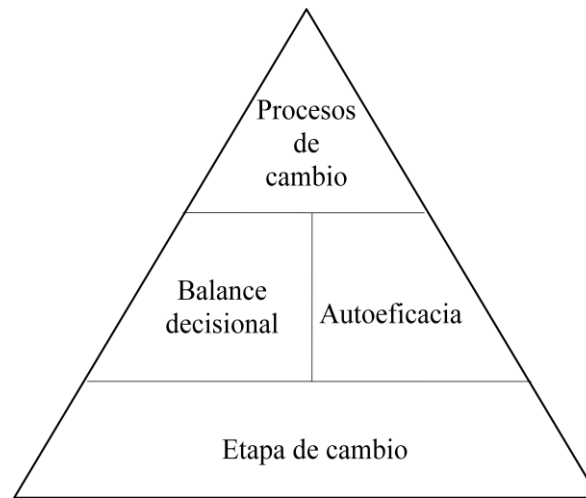


Figura 2. Esquema de los componentes del modelo transteórico
Tomado de Pro-Change behavior systems, inc (2010).

En este modelo la variable dependiente es la disposición hacia el cambio, evaluada a través de las etapas y la variable independiente es el conjunto de procesos de cambio. Las etapas de cambio, es decir la precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, son descritas por Prochaska y Prochaska (1993); Prochaska, Norcross y DiClemente. (1994) como se presenta a continuación.

La Precontemplación se caracteriza por la negación de la problemática (o por creer que los factores responsables de la situación son ajenos a la voluntad) sin pensar por ende en un cambio por lo menos en los próximos 6 meses. En la siguiente etapa (la Contemplación) la persona piensa cambiar la problemática en los siguientes 6 meses, hay un reconocimiento del problema y cuestionamientos sobre posibles soluciones. Los procesos de reflexión de esta etapa, pueden estancar el cambio, por lo cual es importante hacer énfasis en la solución del problema más que en el problema en sí.

La siguiente etapa es la Preparación. En esta el individuo tiene la intención de actuar en el próximo mes, lo ha expresado públicamente y ha efectuado algunos pasos dirigidos a la acción. Por su parte, en la Acción ya hay una modificación de la conducta pero es inferior a 6 meses por lo que es importante evitar confundir la acción con el cambio, ya que este último se viene adelantando desde la primera etapa y no se ha finalizado.

La última etapa, el Mantenimiento, es donde se consolidan los pequeños pasos logrados hasta el momento y permanecen por más de 6 meses, así mismo la persona se considera capaz de prevenir las recaídas. Este modelo sugiere que los retrocesos son escalonados y nunca van hasta la primera etapa, permitiendo fortalecer los logros alcanzados hasta ese momento en la etapa previa para posteriormente retomar los cambios con mayor solidez. El MTT es entonces un modelo en espiral.

La transición entre etapas se ve facilitada por algunos procesos de cambio, producto de la comparación de diferentes sistemas terapéuticos y se clasifican en: a) procesos experienciales, caracterizados por un fuerte componente cognitivo y motivacional, (aumento de la conciencia, la auto reevaluación, el alivio por dramatización, la reevaluación ambiental, la liberación social y auto-liberación) y b) procesos conductuales, (relaciones de ayuda, control de estímulos, manejo de contingencias, y contracondicionamiento).

El aumento de la conciencia, hace alusión a la ampliación del conocimiento de sí mismo o de la naturaleza del problema, para esto se ponen en evidencia las defensas y resistencias que impiden tomar conciencia de las consecuencias de la conducta problema, con lo que aumenta la probabilidad de tomar una mejor decisión.

En la auto-reevaluación, se hace una evaluación acerca de cuándo y cómo la conducta problema entra en conflicto con los valores personales, a través de una valoración personal de las emociones experimentadas ante un problema. El alivio por dramatización, por su parte, lleva a re-experimentar las emociones negativas asociadas con situaciones de riesgo para la ocurrencia del comportamiento problema, con lo cual se busca que la persona sea consciente de las barreras que ha establecido para obstaculizar su cambio.

La re-evaluación ambiental se refiere a la valoración del impacto del comportamiento problema en el ambiente social y físico más cercano del paciente, que por lo general es negativo. La liberación social, indica las nuevas alternativas facilitadas por el medio ambiente que favorecen el inicio de la acción y que incrementan la capacidad de elección del individuo. La

autoliberación, alude al reconocimiento de la responsabilidad personal por el cambio, primero a nivel privado y luego público, lo cual incrementa la capacidad de elegir.

Las relaciones de ayuda se refieren a la búsqueda de apoyo y cuidados de las personas más significativas en la vida de quien está cambiando. El control de estímulos, consiste en eliminar las situaciones que los conducían a realizar comportamientos poco saludables y la adición de señales que lleven a la ejecución de comportamientos saludables; mientras que el manejo de contingencias, consiste en el aumento de las recompensas para el cambio del comportamiento, con el fin de modificar la probabilidad de ocurrencia de la problemática.

El contracondicionamiento, consiste en la sustitución de comportamientos y cogniciones perjudiciales por otros más sanos mediante el cambio en la estimulación que media en el actuar de las personas.

De acuerdo con los supuestos del MTT, se asume que los procesos experienciales tienen mayor incidencia en las primeras etapas; mientras que los procesos conductuales tienen un papel fundamental a partir de la etapa de preparación.

Como variables intermedias se encuentran: a) el balance decisional que hace referencia a la valoración de los pros y los contras del comportamiento problema, donde se espera que a medida que se avance en etapas disminuyan los pros y aumenten los contras de tal forma que esta valoración consciente de cuentas de una toma de decisión que llegue a la acción y; b) la autoeficacia, como la capacidad que percibe el individuo para abandonar la conducta nociva, por lo que se espera que, a medida que se avance hacia las últimas etapas, la confianza se incremente y las tentaciones desaparezcan (Prochaska, & Prochaska, 1993; Flórez, 2003).

Es relevante aclarar que este modelo inicialmente se planteó dirigido al cambio en el consumo de cigarrillo; sin embargo, se ha extendido a una gran variedad de problemáticas que afectan la salud, Prochaska, Velicer et al. (1994) encontraron que se había aplicado adicionalmente en el abandono de la cocaína, en el control del peso, modificación de dietas altas en grasa, comportamiento delincuenciales en adolescentes, sexo seguro, uso del condón, uso de exámenes médicos, exposición al gas radón, adquisición de ejercicio, examen de mamografía y prácticas preventivas de los médicos con fumadores.

Estos últimos autores compararon los resultados de diferentes estudios donde aplicaban el MTT en las problemáticas mencionadas, con relación a las etapas de cambio y el balance decisional y encontraron un cumplimiento de los supuestos generales del modelo, es decir

incremento de los contra de la conducta problema, a partir de estos datos los autores concluyen que el MTT es aplicable a cualquier conducta objeto de cambio, como la VIF

Al respecto, Fawcett, Heise, Isita-Espejel y Pick (1999) resaltan la importancia de emplear el MTT a esta problemática en la medida que resulta un modelo útil para enfrentar las limitantes encontradas al abordar la prevención de la VIF desde otros modelos (en los que no ha quedado lo suficientemente claro el objeto de intervención, ni la teoría de cambio conductual asociada al problema). Estos autores plantean que el MTT brinda la posibilidad de centrarse en lo que consideran el paso crítico desde la toma de decisión de cambio frente a la VIF de la que son víctimas una vez han reconocido esta situación problema en sus vidas hacia el cambio de la situación de abuso de la que suelen ser víctimas al interior de sus hogares. Este planteamiento refleja que en el caso de la VIF (a diferencia de las otras problemáticas abordadas desde el MTT) no se trata de un objetivo universal de cambio para todas las mujeres que sean víctimas de VIF, como podría ser la denuncia o abandonar al agresor, sino, que por el contrario el objetivo es acompañarlas en el camino hacia una toma de decisión particular que les ayude a hacer frente a la VIF, que en función de sus creencias y posibilidades personales las conduzca a cambiar la situación de abuso que padecen al interior de sus hogares.

En esta medida el abordaje de la VIF desde el MTT adquiere unas características particulares que hacen necesaria la adaptación del MTT en algunos de sus conceptos.

En el caso de las etapas de cambio, Burke, Denison, Carlson, McDonnell y O'Campo (2004) plantean que para esta problemática se deben expresar así: a) Precontemplación, las mujeres no reconocen el comportamiento abusivo del que son objeto como un problema y no están interesadas en cambiarlo; b) Contemplación, se reconoce el comportamiento abusivo como un problema y hay un incremento en la conciencia de los pros y contras del cambio; c) Preparación, intenta cambiar y ha desarrollado un plan; d) Acción, han decidido activamente hacer los cambios necesarios para finalizar con el comportamiento abusivo; y e) Mantenimiento, el comportamiento abusivo es finalizado y la mujer toma los pasos precisos para prevenir recaídas.

En relación con los procesos de cambio Levesque, Velicer, Castle & Greene, (2008) han identificado en su trabajo con agresores tres comportamientos adicionales a los 10 mencionados previamente: a) manejo de estrés, el cual hace alusión a la reducción general del estrés al controlar con una planeación previa la exposición o respuesta ante personas o eventos estresores, b) colaboración de la pareja, que se refiere al soporte y apoyo de la compañera, involucrándola en

el proceso de cambio, por ejemplo al compartir información y; c) auto-reevaluación negativa, la diferencia con la auto-reevaluación es que en este se expresan emociones negativas asociadas a la situación de violencia. Los dos primeros acompañan al individuo durante todo el proceso de cambio, desde la precontemplación.

Otro aspecto que se debe considerar al momento de aplicar el modelo en esta problemática es la medición de las diferentes variables. La disposición al cambio, puede ser examinada de varias formas, una es recurriendo al algoritmo básico, donde se hacen preguntas que indagan sobre la temporalidad en la que una persona piensa cambiar. Empieza preguntando si realmente ha pensado ejecutar algún cambio y termina cuestionando el tiempo que ha transcurrido desde que puso en acción el cambio. Cuando la respuesta es afirmativa se avanza a la siguiente pregunta, caso contrario se ha hallado la etapa en la que se encuentra la persona.

Sin embargo, este tipo de clasificación resulta limitado, por esto se han planteado otras formas generales de medida como el University of Rhode Island Change Assessment (URICA), de la cual se derivan formas particulares como el University of Rhode Island Change Assessment Scale for Domestic Violence (URICA-DV) desarrollado y validado por Levesque, Gelles y Velicer (2000). Este instrumento fue diseñado con el fin de medir la preparación de hombres agresores para la finalización del uso de la violencia física en sus relaciones, se centraron solo en este tipo de violencia, porque al momento de evaluar la disponibilidad al cambio la persona podría estar en etapas diferentes para cada uno de los diferentes tipos de violencia.

Este instrumento arrojó los siguientes perfiles: Poco dispuesto, inmotivado, acción no reflexiva, acción no preparada, pre-participación, toma de decisiones y participación; sin embargo, la acción no preparada puede estar relacionada con una pseudoacción ante la presión de cambio. Éstos se obtienen a partir de las escalas Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento, la preparación no es tomada en cuenta ya que en el análisis de datos no surgió como una dimensión única. Estas escalas fueron psicométricamente fuertes y no se correlacionaron con deseabilidad social, demostrado con un $p > ,01$.

Los autores del URICA-DV plantean que este tipo de estudios presentan una serie de limitantes que afectan la comprensión de los procesos en el cambio de la violencia, entre estas se encuentran: a) Los datos analizados correspondían a comportamientos violentos del año anterior; b) la prueba se basa en auto-informe; c) la muestra empleada para la validación de la prueba era una muestra clínica, es decir quienes participaron hacían parte de un programa de

intervención para la modificación de comportamientos violentos, razón por la cual se tuvieron que asociar los constructos del modelo con la permanencia en el tratamiento y; d) no se controlaron las medidas compensatorias en las prácticas de la violencia por la búsqueda de poder, ya que al disminuir la violencia física se incrementaron otras formas de violencia, aunque esto también puede ser efecto del auto-reporte y de la medida de comportamientos lejanos.

Teniendo claridad sobre cómo evaluar la variable dependiente, ahora es importante ahondar en la medición de la variable independiente del modelo, es decir los procesos de cambio, la cual puede ser evaluada a través del Processes of Change Scale (POC), diseñada y validada por Eckhardt, Babcock y Homack (2004). Esta escala evaluó el uso de los procesos experienciales y conductuales en los participantes en las últimas dos semanas de una intervención. Estos autores incluyeron la intervención física, como un nuevo proceso, que indagaba sobre el uso de algún tipo de medicamento que les ayudara en el cambio.

Sin embargo, encontraron cinco ítems de los procesos conductuales que no resultaban lo suficientemente representativos para ninguno de los procesos, de ahí que estos autores concluyeran que la división entre experiencial y conductual no era la más adecuada y formularan una nueva división: a) procesos de naturaleza interna, que reúnen en su mayoría procesos conductuales e incluía las reacciones cognitivas y afectivas previas al abuso, enfatizando en su impacto sobre personas cercanas y; b) procesos de naturaleza externa, que acogen la mayoría de los experienciales y toma en cuenta la búsqueda de soporte social y comunitario en el camino para dejar de ser abusador.

Un aporte adicional, al considerar el efecto del número de sesiones de tratamiento sobre el progreso de las etapas, encontraron que estas dos no se encuentran relacionadas. Lo cual tiene sentido en la medida en que el avance en las etapas se realiza en función de los procesos de cambio empleados y de la disposición a modificar el comportamiento problema y no del número de encuentros.

Teniendo claridad sobre los aspectos conceptuales de la VIF, así como de los fundamentos del MTT, ahora se abordarán los antecedentes en materia de prevención de esta problemática, con el fin de vislumbrar la utilidad de su elección como modelo preventivo viable.

Antecedentes empíricos

Existen diferentes propuestas encaminadas a la prevención de la VIF, las cuales pueden estar dirigidas al fortalecimiento de habilidades protectoras como el incremento en el control del estrés y de la ira o la solución pacífica de los conflictos, generando cambios culturales, económicos y legales en pro del desarrollo equitativo de derechos que garantice mejorar las condiciones de vida al interior de la familia (Barcelata & Alvarez, 2005; Morales, 2002)

Estas habilidades se pueden fortalecer desde la adolescencia, a través de la modificación de actitudes, el aumento de conocimiento en la problemática y manejo de estados afectivos, como la ira. Wolfe, Wekerle, Scott, Straatman y Grasley (2004) plantean que este tipo de iniciativas garantizan una mejor interacción verbal de los adolescentes con sus pares que incluyen a sus parejas. El interés por la agresión verbal radica en que para estos autores ésta es el eje sobre el cual se desarrollan las interacciones entre adolescentes.

Otras aproximaciones en prevención, como la de la OMS se centran en el rol protector de los padres, donde al reducir los niveles de violencia al interior de los hogares y al fomentar la no-violencia, se estaría protegiendo a los hijos de la violencia (Drug et al. 2002).

Estas iniciativas también pueden estar orientadas al trabajo con mujeres como víctimas de la VIF. Dentro de este tipo de propuestas se encuentra la de Chronister y McWhirter (2006), quienes partiendo de la premisa que las mujeres no denuncian por temor a perder a la persona que sostiene económicamente a la familia, suponen que al mejorar las habilidades en las mujeres para desempeñarse laboralmente, éstas percibirán mayor estabilidad económica y por tanto tomarán acciones para poner fin a la violencia; plantean que para lograrlo es necesario trabajar aspectos como: a) autoeficacia percibida en relación a la ejecución de un oficio; b) expectativas de resultados, respecto a una carrera y el aumento de conciencia crítica, asociado al empoderamiento para la autoprotección y la conciencia del impacto de la violencia doméstica.

También se encuentran propuestas dirigidas a victimarios, las cuales se centran principalmente en el manejo del sesgo cognitivo en el procesamiento de la información. A través de procedimientos como la reestructuración de cogniciones distorsionadas del ambiente familiar, autores como McGuigan, Vuchinich y Pratt (2000) plantean que este tipo de procedimientos permiten la disminución de los sesgos que llevan al agresor a realizar una evaluación negativa de su familia y, por tanto, llevan a la reducción de las respuestas agresivas ante ellos.

Otro tipo de procedimiento es la simulación de situaciones conflictivas, al respecto Eckhardt, Barbour y Davison (1998) encuentran que los hombres violentos presentan más pensamientos irracionales y atribuciones hostiles frente en este tipo de simulación que los hombres no violentos, quienes a su vez presentan mayor control de la ira. Estos hallazgos justifican acciones preventivas dirigidas al fortalecimiento de habilidades sociales tales como el control de la ira, la solución de problemas y la toma de decisiones, entre otras, ya que el sesgo en el procesamiento de la información interfiere en la ejecución de este tipo de habilidades.

La anterior revisión brinda un panorama general de aproximaciones válidas en la prevención de la VIF; sin embargo, no han controlado las barreras presentes en la detección y manejo de esta problemática, como son la no denuncia de los casos, la prestación de servicios de salud y servicios legales poco satisfactoria y la naturalización de los actos violentos (Brannon & Feist, 2001).

En su mayoría estos procedimientos se centran en aspectos generales tales como mejorar las condiciones de vida al interior de la familia, la interacción entre adolescentes, el rol protector de los padres, aspectos que no abarcan a plenitud las variables psicológicas que están involucradas en esta problemática y entre las propuestas que tiene por objeto el trabajo con éstas, como por ejemplo el temor asociado a la denuncia o las distorsiones cognoscitivas, también dejan de lado aspectos fundamentales como la motivación al cambio, necesaria antes de abordar estas variables y que no aparece referenciada dentro de los estudios abordados previamente.

Tanto la no denuncia como la naturalización de la problemática y la baja motivación al cambio están asociadas a un pobre reconocimiento, tanto en víctimas como en agresores, de que la VIF afecta de forma real diferentes facetas de sus vidas. A partir de lo anterior adquiere gran relevancia el uso de modelos preventivos que tengan en cuenta la negación del problema como un aspecto esencial en la comprensión del cambio que deben dar las personas de la violencia a la no-violencia y que brinde la oportunidad de abordar una amplia gama de variables psicológicas que faciliten el cambio en las personas, así como el mantenimiento de este.

Dentro de los modelos que toman en cuenta estos aspectos se encuentra el MTT, que plantea que los individuos modifican los patrones conductuales perjudiciales para su salud a través de una serie de etapas descritas en el apartado anterior y de algunos procesos que facilitan este tránsito (Eckhardt et al., 2004; Oblitas, 2004).

Es pertinente señalar que la aplicación del MTT a la problemática en mención se ha dirigido a víctimas y agresores por separado, solo Scott y Wolfe (2003) toman en cuenta a ambos pero para controlar el efecto de auto-reporte en agresores. En esta experiencia, así como en la investigación de Burke et al. (2004) se encuentra que el MTT es viable para la VIF, en tanto que en sus diferentes aplicaciones se cumplen los supuestos del modelo.

Scott y Wolfe (2003) encontraron que efectivamente quienes se encontraban en la etapa de contemplación y acción tuvieron un incremento positivo hacia el cambio (siendo mayor que el evidenciado en quienes se encontraban en precontemplación). Como componente adicional observaron que simultáneo al cambio de comportamientos violentos también se dio un cambio en los niveles de empatía, y la percepción de responsabilidad al inicio del tratamiento.

Por su parte Burke et al. (2004) ratifican que para lograr el cambio, las víctimas hacen uso de los procesos de cambio aunque en este caso no sobresale el uso del contra condicionamiento, alivio por dramatización y manejo de contingencias, se logra identificar que en las etapas tempranas del cambio tendieron a usar más procesos experienciales, mientras que en durante las finales predominaron los conductuales.

Adicionalmente demostraron la interconexión entre procesos y variables intermedias. Por ejemplo, en las mujeres que permanecieron en contemplación por más tiempo primaba la evaluación de las desventajas más que de las ventajas del cambio y el paso hacia la acción fue facilitado por la evaluación de las consecuencias de la violencia en el bienestar de sus hijos, lo cual sugiere que el balance decisional está fuertemente relacionado con procesos de cambio como la reevaluación medioambiental.

Este conjunto de hallazgos permiten suponer que el MTT es un modelo aplicable al estudio de la dinámica de cambio de las mujeres involucradas en relaciones afectivas violentas y así poder orientar mejor las intervenciones hacia esta población.

Al indagar sobre las iniciativas en materia de prevención de la VIF en Colombia, se encuentra que las propuestas giran en torno al componente comunitario de intervención, bajo un modelo de formación de algunos entes –externos o no- a la familia, con el supuesto de la transmisión de los factores protectores al interior de las familias afectadas con la problemática, (con lo que se estaría haciendo una prevención universal, que de acuerdo con Gordon citado por Becoña (2002) hace referencia a perspectivas amplias cuyas intervenciones buscan cambios duraderos con una menor intensidad y a menor costo).

Una de estas propuestas se titula “¿y del respeto qué?” postulada por Restrepo, Puche y Peña (2003), en ésta se capacita a unos agentes en la prevención de malos tratos y éstos transmiten esta información a su comunidad. La capacitación se realiza a través del juego y el humor, buscando con esto la creación de espacios de convivencia que faciliten la resolución de conflictos mediante opciones no violentas, con el apoyo de los valores comunitarios.

En otras propuestas como la de Rodríguez, Muñoz, Fandiño y Gutiérrez (2006) titulada “mejor hablemos”, se toman elementos de la teoría del aprendizaje social de Bandura para la prevención de la violencia y la promoción de la convivencia pacífica. En esta iniciativa se hace uso de los medios masivos y locales de comunicación de Cali y se manipulan variables como las habilidades para el manejo de los predisponentes de la VIF, las creencias respecto a situaciones asociadas a eventos violentos y la resolución de conflictos. Trabajan igualmente bajo el supuesto de transmisión de la información al interior de las familias.

Estos autores encontraron que tras comparar las mediciones realizadas en 1996 con las del año 2000 relacionadas con el empleo de medios masivos de comunicación, las personas optaron en mayor proporción por la resolución pacífica de los conflictos, en comparación con estrategias donde se usaron medios de comunicación local.

Otra propuesta es la de grupos de ayuda como “adictas al dolor” que se basan en los principios de alcohólicos anónimos. Esta iniciativa pretende que a partir de las vivencias escuchadas en las sesiones se adquieran herramientas para vencer la adicción de entablar relaciones conflictivas (Ortega, 2006, 19 de Febrero).

Otro tipo de iniciativas las ejemplifica campañas como “Alerta Rojo - Violeta Vive: Compromiso social contra la violación” que evidentemente está dirigida a un tipo particular de malos tratos. Con esta campaña se buscó generar una alerta para que Bogotá, sus instituciones y sus habitantes reconocieran, restablecieran y garantizaran los derechos de las mujeres y se movilizaran solidariamente contra la violación, estas acciones han sido impulsadas desde la Oficina de Política Pública de Mujer y Género en la clausura de la 2da Conferencia Internacional “Ciudades Seguras para Mujeres y Niñas” y forma parte del Proyecto marco Institucionalización del Plan de Igualdad de Oportunidades para las mujeres y del área Violencias de Género (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2006a).

Dentro de su ejecución se encuentra: a) La difusión: acciones de sensibilización y posicionamiento del mensaje; b) Articulación interinstitucional entre las instituciones de Salud,

Educación, Cultura, Recreación, Misión Bogotá, Servicios de Atención a la ciudadanía, Policía y Policía Comunitaria, DABS-Comisarías de Familia, Unidad de reacción inmediata de la Fiscalía en Bogotá, Transito y Transportes, Caja de Vivienda Popular, Transmilenio, IDU, UESP, entre otras; c) Movilización de las comunidades, organizaciones de mujeres, mixtas y de otros actores sociales; d) Producción de materiales de divulgación y estrategias educativas; e) Movilización de medios de información públicos, privados y alternativos, con el concurso de las oficinas de comunicaciones y prensa de las entidades distritales, Canal Capital y la emisora de las Universidades Distrital, Nacional, Academia Superior de Artes de Bogotá, Escuela Superior de Administración Pública y universidades privadas y cooperativas. Acciones pedagógicas; y f) Las demás propuestas y acciones que hagan de esta campaña una opción personal, institucional y organizativa.

Una de las acciones empleadas a partir de esta propuesta fue la identificación de 10 lugares por parte de las mujeres de las localidades de Candelaria y Santa fe, como de alto riesgo para sus vidas, estos lugares fueron identificados como sitios de alto riesgo para las mujeres y las niñas porque allí han sufrido violaciones o agresiones (Alcaldía mayor de Bogotá, 2006b).

Otro tipo de campañas es “vivir sin violencia, vivir sin miedo, es nuestro derecho”, con la cual se busca visibilizar la violencia que padecen las mujeres en diferentes escenarios públicos y hacer partícipe a la comunidad en general en su erradicación.

Sea cual fuere el tipo de intervención, para que las diferentes acciones preventivas de la VIF sean posibles es necesaria la participación de todos los estamentos públicos y privados, de tal forma que las víctimas de la violencia reciban la atención necesaria de los diferentes servicios, ya sea médico, legal o social, para lo cual es indispensable establecer políticas claras encaminadas a la atención, prevención y control de la VIF (Rivas, 2001).

En la actualidad la política más relevante asociada a esta problemática es la Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar "Haz Paz" (2005-2015), que fomenta la resolución de conflictos pacíficamente en los individuos, las familias y las comunidades, a través del fomento de principios y valores democráticos, la tolerancia a la diferencia, el respeto por la dignidad y los derechos de los integrantes de la familia, para lo cual cuenta con el apoyo de instituciones nacionales y entidades territoriales (ICBF, 2000; 2005).

Esta política acciona a partir de 4 componentes: La prevención, la detección temprana y vigilancia, la atención y, por último, la transformación institucional. El componente de

prevención cuenta con 3 líneas de acción: a) cambio cultural, institucional y social; b) fortalecimiento de factores protectores de la familia y la pareja; y c) fortalecimiento de factores protectores en las comunidades (ICBF, 2000; Salazar et al., 2001).

El objeto central de “Haz Paz” es la VIF, a partir de esto surgen proyectos como el modelo de atención para la detección, prevención y tratamiento de la violencia doméstica, que se ha venido adelantando desde el año 2005 y en la actualidad cuenta con un modelo replicable, producto del pilotaje en tres ciudades intermedias, Tunja, Pasto y Armenia, donde se logró una reducción de las interacciones agresivas y conflictivas, disminución de castigos ineficaces, promoción de la sana sexualidad, incremento de habilidades comunicativas, entre otros por parte de las familias participantes (ICBF, 2007).

Además de esta política, existen otras como las políticas de violencia de género (que incluyen otras formas de violencia contra las mujeres adicionales a la física) Los principios que dirigen este tipo de iniciativas deben incluir un enfoque de género donde se aborde la asimetría de poder entre hombres y mujeres y se establezcan formas interconectadas de violencia de género; también debe incluir un enfoque de Derechos Humanos, ya que la violencia de género es un problema de ciudadanía, de justicia y equidad y atenta la libertad individual y social.

Así mismo se debe incluir la intersectorialidad y movilización social, la primera dado que en la violencia de género están presentes diferentes factores de riesgo con impacto en diversas áreas (tanto a nivel individual como social) por lo que se requieren acciones intersectoriales. Estas acciones implican una amplia movilización social que actúe conjuntamente con una agenda pública entre la sociedad civil y los organismos del Estado.

Para esto es necesario un contexto político, social y cultural que favorezca el desarrollo de políticas sobre el tema así como un Estado de derecho, políticas de equidad de género, políticas de infancia que vayan más allá de los sistemas tutelares y hagan énfasis en políticas integrales e inclusivas, políticas de seguridad ciudadana enfocadas en la prevención, políticas de derechos humanos que garanticen la libertad individual, social y el desarrollo humano.

A pesar de los intentos en la legislación colombiana por incluir el enfoque de género y abarcar las acciones protectoras, no se ha logrado garantizar el acceso a la justicia y el apoyo durante el proceso judicial; aunque la sociedad civil tiene agenda propia, todavía hay dificultad respecto a su coordinación e información real para ejercer control sobre las políticas. Sin embargo, se ha logrado que las políticas de VIF se desliguen de las políticas sociales. Sigue

pendiente la integración de una política de violencia de género a las políticas de equidad de género y de violencia de género.

La anterior revisión da un panorama general de aproximaciones válidas para la prevención de la VIF. A manera de crítica general podría decirse que no han controlado las principales barreras en la detección y manejo de esta problemática (como la no denuncia de los casos, la prestación de servicios de salud y servicios legales poco satisfactorios y la naturalización de los actos violentos). Para la fecha, no se encuentran iniciativas que cubran todas las dimensiones de la prevención, ni las diferentes facetas, tales como lo cognitivo, conductual y comunitaria de forma conjunta (Brandon & Feist, 2001).

Al indagar sobre el uso de modelos de prevención en general -y de etapas en particular - en Colombia, se encontró que las experiencias que hacen referencia a la implementación del MTT se han centrado en el análisis del consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y universitarios, a partir de las cuales han surgido abordajes interesantes como el CEMA-PEMA-P a partir del cual se ha dado un paso de gran relevancia en el reconocimiento de las variables psicológicas que subyacen a los procesos de cambio (que a su vez ha dado lugar al surgimiento de la Dimensión Psicológica de la Prevención y la Promoción) (Flórez, 2005; 2007a; 2007b).

A pesar los avances generados en los modelos de etapas para el abordaje del consumo excesivo de alcohol, no se encontró el mismo desarrollo en el caso del abordaje de la VIF. Lo más cercano a un modelo de este corte se encuentra en el estudio de Ospina, Jaramillo, Uribe y Cabarcas-Iglesias (2006), quienes a través del diseño de una escala pretendían medir las etapas en las que se encontraban las mujeres en el proceso de cambio al interior de una relación violenta.

Estas etapas se caracterizaron de la siguiente forma: a) Las mujeres asumen el maltrato como algo que forma parte de sus vidas; b) empiezan a ser conscientes de su situación de maltratadas y a reevaluar sus creencias relacionadas con el papel de esposas; c) se encuentran a sí mismas y entienden que son ellas quienes deben romper la situación de maltrato; finalmente d) Las mujeres creen que ya están preparadas para dejar la relación agresiva y asumir el rol de padre y madre.

Aunque el instrumento es válido, es importante resaltar que las etapas que evalúa no están orientadas al cambio personal, sino que reflejan la transformación que sufren las mujeres al interior de las relaciones afectivas violentas.

Esta revisión general permite observar que la situación en Colombia respecto al manejo de la prevención de la VIF está algo lejana del panorama general, ya que dentro de las propuestas

revisadas no se encuentra un abordaje directo de las variables psicológicas involucradas en la presentación de esta problemática, sumado al hecho de que las propuestas se centran en aspectos comunitarios que, aunque necesarios para hacer frente a este fenómeno no son suficientes por separado pues dejan de lado gran cantidad de variables personales, como la autoeficacia percibida, los sesgos cognitivos y las motivaciones personales para el cambio.

Otro problema con este tipo de propuestas es que no incluyen de manera clara un soporte en los modelos existentes en cuanto a prevención, lo cual brinda un gran espacio de acción para el psicólogo de la salud, experto entre otras cosas en el empleo de estos modelos (en tanto que son necesarios para realizar acciones que realmente garanticen la prevención de la problemática objetivo) ya que por lo general las acciones que carecen de este tipo de sustento presentan un alcance poco significativo y cuando se logra hacer algún tipo de prevención esta no suele tener mayor permanencia en el tiempo.

Por último, es importante resaltar la necesidad de ejecutar programas preventivos que se centren en el ser humano y su entorno, desde un enfoque integral; para lo cual es preciso alejarse de modelos de clasificación tradicionales como el propuesto por Caplan (1980) citado por Castaño (2006) donde la prevención se delimita en función de su carácter preventivo, terapéutico o social (prevención primaria, secundaria y terciaria); y aproximarse a nuevas clasificaciones como la propuesta por Gordon (1987) citado por Becoña (2002), donde el centro de interés es la población a la que se dirige la acción preventiva, atendiendo a las características concretas de los grupos poblacionales objetos de intervención, bajo este planteamiento la prevención se clasifica en universal, selectiva e indicada.

Por prevención universal se entiende al grupo de acciones dirigidas a un grupo poblacional amplio, por tanto las estrategias son generales, el objetivo con este tipo de intervenciones es dotar a la población objetivo de herramientas generales que permitan hacer frente si fuese necesario, al problema blanco. La prevención selectiva va dirigida a un subgrupo propenso a involucrarse con el problema diana, es decir a un subgrupo en riesgo, generalmente por sus características medioambientales. Por último la *prevención indicada* hace alusión al conjunto de acciones dirigidas a un subgrupo que presenta el problema objeto de estudio y por tanto se consideran en alto riesgo de perpetuarlo, aquí uno de los principales objetivos es disminuir los problemas asociados a la presencia del problema blanco (Castaño, 2006).

Dado que la VIF es un problema salud pública que constituye una violación de los derechos humanos, cuya práctica genera secuelas físicas y psicológicas en quienes la padecen, que se manifiestan a largo y corto plazo, principalmente a través de la reproducción de la violencia en otros contextos y a generaciones futuras, adquiere gran relevancia implementar un programa de *prevención indicada*, que como se mencionó anteriormente permite emprender actividades dirigidas a un grupo de personas que presentan el problema objeto de estudio y por tanto se consideran en alto riesgo; es decir a través de iniciativas de este tipo se tomaría en cuenta de forma directa a las víctimas, algo novedoso ya que las propuestas colombianas encontradas hasta el momento en su mayoría caen en el diseño de actividades de prevención universal, que no tienen efecto suficiente en las personas que padecen esta problemática (Dohmen et al., 2001; Corsi, 2006, Junio; Kwong et al., 2003; Marquez et al., 2006; Pellegrini, 1999; Rivera, Allen, Chavez et al., 2006, Becoña, 2002).

Teniendo en cuenta que dentro de los modelos de prevención, el MTT es uno de los que asigna gran peso al factor motivacional (del cual carecen las iniciativas colombianas), sumando al hecho que brinda la posibilidad de superar algunas barreras en la detección y manejo de la VIF (como la no denuncia y la naturalización del problema) se consideró que es el modelo ideal para abordar la prevención indicada de la VIF.

Queda claro que la historia de la VIF ha ido mostrando paulatinamente toda su complejidad y que en la actualidad debe partir desde un primer momento del reconocimiento de la VIF en la vida de las víctimas, no es suficiente con la denuncia de los hechos (como en el caso colombiano en donde aumentaron las cifras de nuevos casos, algo a todas luces positivo pero insuficiente) sino, que es necesario garantizar la toma de decisión que las lleve a cambiar la situación de abuso de la que son víctimas,

Otra lección de esta revisión histórica de la VIF es que sus raíces son diversas. En el fenómeno que llamamos VIF se encuentran entrelazados aspectos culturales, históricos, médicos, sociológicos que necesitan ser atendidos. Debe resaltarse que en la mayoría de los casos, los profesionales dedicados al tratamiento y rehabilitación de las víctimas de la VIF emprenden iniciativas parciales cuando se trata de prevención (que rara vez son sostenibles en el tiempo). Lo anterior brinda un espacio de acción importante para el psicólogo de la salud como experto en el manejo de modelos preventivos basados en la evidencia y que tengan de base dimensiones preventivas (en este caso de tipo cognitivo y conductual) desde una esfera individual.

Problema de investigación

A partir de lo expuesto surge el siguiente problema de investigación: ¿Cuál sería el impacto de un programa de prevención indicada basado en principios del modelo transteórico, en la modificación de la violencia intrafamiliar cuando se implementa con madres de familia víctimas de esta problemática?

En consecuencia se proponen los siguientes objetivos.

Objetivos, Hipótesis y Variables

Objetivo general

Como objetivo general se plantea evaluar el impacto de un programa de prevención indicada de la violencia intrafamiliar, basado en los principios del MTT y aplicado a víctimas de la VIF.

Objetivos específicos

Para lograr el anterior objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos.: a) Diseñar un programa que cumpla con los lineamientos de la prevención indicada para el caso de la VIF dirigido a madres de familia y fundamentado en el MTT; b) Ejecutar el programa de prevención indicada diseñado previamente; c) Evaluar la pertinencia del programa a partir de la comparación en la modificación de la disponibilidad al cambio en la toma de decisiones orientadas a poner fin a la violencia intrafamiliar en dos momentos de aplicación del URICA-DV-V.

Hipótesis

Esto permite formular las siguientes hipótesis: a) Ho: No habrá modificación significativa de la disponibilidad al cambio sobre la toma de decisión para evitar permanentemente la violencia en sus hogares en quienes reciben la intervención y; b) Ha: El grupo experimental es decir aquellos sujetos que recibirán el programa de prevención de la VIF presentarán mayor disponibilidad al cambio hacia la toma de decisión respecto a la erradicación de la violencia al interior de sus hogares.

Variables

Para ello se tendrán en cuenta las siguientes variables: a) Variable dependiente: Disponibilidad al cambio, entendida como la descripción cualitativa del compromiso de la víctima para poner fin a la violencia de la que es objeto medida a través del URICA-DV-V y; b) Variable independiente: Programa de prevención indicada de la VIF con fundamento en la aplicación de los procesos propuestos por el MTT, constituido por cinco talleres de dos horas y media cada uno.

Además se tendrán en cuenta variables socio-demográficas como la edad, número de hijos y estrato socioeconómico, sin que se ejerza control sobre ellas. Adicionalmente se controlará el hecho que los participantes no se encuentren en algún tratamiento alternativo, evaluado a través de autoreporte.

Finalmente se evaluará la etapa de cambio, a través de su identificación en la medición previa al tratamiento.

MÉTODO

Diseño

Este estudio tiene un diseño cuasiexperimental, el cual permite inferir relaciones causales entre la variable independiente y la variable dependiente, se denomina de esta forma en la medida que no se aprueban todos los supuestos de un diseño experimental. En este estudio se cumplen con los dos primeros requisitos, planteados por Campbell y Stanley (1995), es decir, la manipulación intencional de la variable independiente, por medio de presencia – ausencia y la medición del efecto que tiene la variable independiente sobre la dependiente.

Sin embargo, no se contó con todos los controles necesarios para garantizar el cumplimiento del tercer requisito, ya que el único criterio de control directo es que los participantes no se encuentren en un tratamiento para el mismo fin. Como medidas indirectas se garantizó que los grupos control y experimental fueran proporcionalmente representados en cuanto a edad y nivel socioeconómico.

Adicionalmente el efecto de la mortalidad experimental se controló por medio de procedimientos estadísticos asociados al manejo de datos perdidos, generados por la falta de respuestas, bien sea producto de la participación parcial, es decir cuando dejaban de responder algunas preguntas, o de la ausencia de participación. Cabe anotar que la elección de dicho procedimiento dependió de las características de la matriz de datos, pues a partir de esta se logró identificar los mecanismos de generación de dichos datos, entre los que se encuentran; a) datos faltantes estrictamente aleatorios, b) datos faltantes aleatorios, ambos ignorables; y c) datos faltantes no aleatorios, no ignorables (Carracedo-Martínez & Figueiras, 2006).

Las medidas anteriores se plantean como indirectas ya que se llevaron a cabo una vez conocida la población referida por las instituciones educativas blanco y se identificaron los datos ausentes, seleccionados una vez conocidas las características de la matriz de datos.

Por tanto se dejó de ejercer control sobre aspectos como la maduración, la historia, inestabilidad, aplicación de pruebas y posibles interacciones entre estos (Matheson, Bruce, & Beauchamp, 1985).

Retomando, en este diseño se efectuaron medidas antes y después de la intervención, simultáneas en el grupo control y el grupo experimental al cual se le implementó el programa de prevención indicada. Este diseño se puede representar de la siguiente manera:

Grupo experimental: O1 – X – O2

Grupo control: O1 – O2

Donde O es la acción de observación o medición de la variable dependiente, y X es la aplicación de los talleres del programa de prevención indicada de la VIF.

Participantes

La intervención estuvo dirigida a madres de familia de Instituciones Educativas Distritales (IED) con hijos matriculados entre pre escolar y cuarto grado, referidos por las IED en la medida que fueron identificadas como víctimas de VIF y estaban interesadas en participar en talleres sobre convivencia sin violencia; las características para identificar la presencia de VIF se basaron en la detección de negligencia, distracción escolar no justificada por un trastorno atencional, presencia de equimosis o de agresividad en el aula por parte de los niños.

Es importante aclarar que para efectos del estudio no interfirió la presencia o no de violencia previa a la expresada en la actualidad por parte de los participantes, ya que de acuerdo a los antecedentes teóricos se presume presencia de VIF desde sus hogares de origen.

Una vez acudieron a la convocatoria, fueron clasificadas en los grupos control y experimental por medio de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio estratificado con afijación simple. De acuerdo con Kerlinger (1975) en este tipo de muestreo se consideran categorías típicas diferentes entre sí, es decir los estratos que poseen gran homogeneidad respecto a algunas características, en este caso los rangos de edad, el nivel socioeconómico y la disponibilidad al cambio.

Adicionalmente, el autor plantea que lo que se pretende con este tipo de muestreo es garantizar que todos los estratos de interés estuvieran adecuadamente representados en la muestra. Cada uno de éstos funciona independientemente, de tal forma que se puede aplicar dentro de ellos el muestreo aleatorio simple para elegir los elementos concretos que formarían parte de la muestra.

En este tipo de muestreo se hace alusión a los tipos de afijación, como la forma en que se distribuye la muestra en función de los diferentes estratos. En este estudio se optó por la afijación simple, según la cual a cada estrato le corresponde igual número de elementos muestrales.

Cabe resaltar que este tipo de procedimientos garantiza la distribución equitativa y al azar en los grupos control y experimental (Matheson, 1985).

Instrumento

Se empleó el URICA-DV versión en español, adaptado para los propósitos del presente estudio URICA-DV-V (Apéndice A).

URICA- DV (versión en español, adaptada en este estudio para víctimas de VIF)

El University of Rhode Island Change Assessment Scale for Domestic Violence (URICA-DV) desarrollado y validado por Levesque, Gelles y Velicer (2000), fue traducido al español en un estudio argentino sobre los procesos de resistencia en la violencia en el hogar para delincuentes.

Este instrumento permite medir la disponibilidad al cambio de los agresores para poner fin a la violencia ejercida contra la pareja, dado que el interés en este estudio son las víctimas y que sean estas las que tomen la decisión de emprender acciones con relación a la finalización de la violencia experimentada en sus hogares, la prueba inicial se reformulo para satisfacer esta necesidad.

La prueba original constaba de un apartado inicial donde se brinda el concepto de violencia, a fin de unificar criterios y garantizar que las respuestas de las participantes sean contrastable; seguido de esto se presentan 20 preguntas, con forma de respuesta tipo Likert con las siguientes opciones: “Completamente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “Sin opinión”, “de acuerdo” o “completamente de acuerdo”, las cuales pertenecen a las diferentes etapas de cambio descritas por el modelo, psicométricamente fuertes y no correlacionadas con deseabilidad social, demostrado con un $p > 0,01$.

Procedimiento

Fase 1: Adaptación del URICA-DV a víctimas de VIF.

En primer lugar se reformularon los ítems que evalúan de forma exclusiva la disponibilidad al cambio en agresores, con el fin de evaluar esto mismo pero en las víctimas. Para esta formulación se hizo necesaria la colaboración de un experto en lengua castellana, quien adicionalmente evaluó la pertinencia del uso del lenguaje en el proceso de adaptación, con el fin de garantizar que en el texto se emplearan términos apropiados para la población objetivo.

Posterior a esto se realizó la validación de constructo, para lo cual se aplicó un pilotaje de la prueba reformulada a 30 personas, posibles víctimas de VIF identificadas por el servicio de psicología de la I.P.S Famimédica. La información obtenida tras esta aplicación arrojó una alta confiabilidad ($\alpha = 0.81$).

En la versión de la prueba del presente estudio (URICA –DV-V) se agregaron preguntas que indagaban por datos socio demográficos como edad, número de hijos, estrato; y a modo de contraste se incluyó una pregunta que refleja el algoritmo de disponibilidad al cambio, el cual basa su clasificación en un criterio de temporalidad y por ende permite hacer una clasificación previa general de los individuos en las etapas de cambio que propone el MTT.

Fase 2: Formación de grupos.

Se solicitó a una IED referir a las madres de niños entre pre-escolar y cuarto de primaria que presentaran indicadores de VIF, tales como negligencia visible entre otros aspectos por un pobre cuidado personal, presencia de equimosis, bajos niveles de atención repentinos e injustificados y comportamientos agresivos hacia sus pares, una vez la institución educativa identificó los casos se invitó a las madres a participar en talleres sobre convivencia sin violencia.

Cabe anotar que se presume que las madres de los niños que presentan estos indicadores son víctimas de VIF, debido a que las cifras informan que cuando hay presencia de VIF en un hogar el agresor generalmente es el hombre y los otros integrantes de la familia son víctimas.

Teniendo en cuenta que el grupo de trabajo debía contar con madres que no estuvieran recibiendo algún otro programa o intervención dirigida a la intervención sobre la VIF, como por ejemplo las acciones realizadas a través de programas como salud a su hogar, o provenientes de instituciones como el hospital de la localidad o las comisarias, se procedió a excluir de la muestra final a aquellas que refirieron estar participando de otro tipo de intervención; sin embargo atendiendo al principio ético de justicia se indagó sobre su interés en participar en los talleres a fin de convocarlas en el momento de ejecutar los talleres con el grupo control.

De acuerdo a los principios éticos básicos, una vez seleccionados los casos que cumplían los requisitos para participar en el estudio, se procedió al diligenciamiento del consentimiento informado (Apéndice B), respondiendo así al principio de respeto por la persona expresada en los lineamientos éticos para la investigación con humanos. De acuerdo a esto la muestra inicial

siguió disminuyendo, ya que o bien no contaban con el tiempo propuesto para el estudio (2 a 3 meses) o referían no estar interesadas en participar en una investigación (Kottow, 2005).

Una vez identificadas las madres que expresaron su consentimiento de participar en el estudio se procedió a hacer la primera evaluación de la disponibilidad al cambio, a través del URICA-DV-V, aclarando a las participantes que la información consignada debía responder a eventos de violencia experimentados al interior del hogar en el transcurso de la última semana.

A partir de los datos hallados se clasificó a las personas en los grupos control y experimental, a través del muestreo probabilístico de tipo aleatorio estratificado con afijación simple, donde la estratificación se hizo según la etapa en que se encontraba la persona de acuerdo al algoritmo de disponibilidad al cambio, el estrato socioeconómico y el grupo de edad para garantizar la distribución homogénea de los participantes de acuerdo con estas características. Esto permitió, además controlar el efecto de las etapas avanzadas en la disponibilidad al cambio y poder garantizar que los posibles cambios se debieran al efecto de la intervención.

Sin embargo, una vez se dio inicio a los talleres se hizo evidente la necesidad de ampliar la convocatoria incluyendo a otra institución educativa, ya que ante la invitación para dar inicio a los talleres solo asistieron 22 madres y dado que la muestra mínima para el grupo experimental es de 25 personas fue necesario recurrir a otra institución educativa. Una vez seleccionada la nueva institución se siguió el mismo procedimiento de formación de grupos explicado previamente.

Una vez el grupo experimental acudió a la cita para dar inicio a los cinco talleres, se procedió a acordar con las participantes los horarios que les resultaran más flexibles y permitieran su asistencia con una periodicidad de cada ocho días.

Finalizada la intervención se procedió a contactar al grupo de personas que conformaban el grupo control a fin de aplicar por segunda ocasión el URICA-DV-V y se les dio a conocer la fecha de inicio de los talleres, a los cuales también se citó a las personas que mostraron interés en asistir al programa pero no fueron incluidas en el estudio. El grupo control final se construyó siguiendo los lineamientos del tipo de muestreo probabilístico de tipo aleatorio estratificado con afijación simple, de tal forma que se seleccionaron los datos de aquellas personas cuyos puntajes pre-test fueron homogéneos con la información pre-test del grupo experimental.

Fase 3: Diseño.

Para la elaboración, aplicación y evaluación de los talleres del programa de prevención indicada de la VIF se propuso la realización de los siguientes procedimientos:

1. Diseño de cinco talleres para aumentar la disponibilidad al cambio en víctimas de VIF. Lo cual responde a las necesidades y ocupaciones de las madres, quienes requieren de intervenciones breves y no muy prolongadas en el tiempo, dado que en su mayoría trabajan; al respecto otras intervenciones realizadas con padres de familia señalan que un máximo de 6 sesiones son indicadas para generar cambios significativos (Castellanos, 2006).
2. Aplicación de evaluaciones pre y post en cada sesión a fin de identificar las expectativas y motivaciones con relación a los talleres (Apéndice C).
3. Aplicación de los talleres de entrenamiento de los procesos de cambio en el orden señalado en el apéndice D, con una periodicidad de cada 8 días y en los horarios acordados con las participantes.
4. La aplicación de los talleres estuvo a cargo de la psicóloga que propone el empleo del MTT para la prevención de la VIF dirigida a víctimas de esta.
5. Aplicación de la evaluación post de la disponibilidad al cambio (URICA-DV-V) en el grupo experimental y control. Para esto se citaron de forma conjunta ambos grupos con el fin de igualar las condiciones de la primera aplicación. Además el formato tuvo unos ligeros cambios en el orden de las preguntas para controlar el efecto pre-post de la aplicación de la prueba.
6. Por razones éticas una vez finalizado el estudio se aplicó el programa de prevención al grupo control y a aquellas personas que manifestaron interés en recibir los talleres pero fueron eliminados del muestreo por estar participando de otras intervenciones dirigidas al control de la VIF, respondiendo así al principio ético de justicia.

Análisis de datos

Los datos fueron recopilados en un lapso de tres meses, una vez obtenidos se realizó el análisis estadístico de los resultados de las evaluaciones pre y post de la disponibilidad al cambio en grupo control y experimental, a través de una prueba "T" de Student para muestras independientes, con un 95% de intervalo de confianza.

Adicionalmente se compararon los resultados en ambos grupos con relación a la etapa de cambio inicial con el fin de descartar que los cambios obtenidos no sean atribuibles a un desarrollo normal, dada la etapa en la que se encontraban al comenzar el estudio. Los anteriores análisis se obtuvieron a través del software estadístico SPSS 17.

RESULTADOS

Aplicación Piloto

Datos Sociodemográficos

En la fase de ejecución del pilotaje del URICA-DV-V participaron 47 personas, cuyos datos se consignaron en una base de datos en Excel y fueron filtrados de acuerdo con criterios de fiabilidad por lo que se eliminaron de la base los datos de las personas que: a) respondieron a menos del 80% del cuestionario y, b) presentaba una varianza intrasujeto igual a cero (0).

Para el caso de las personas que respondieron a más del 80% del cuestionario (16 ítems), se siguió un procedimiento de corrección de doble vía: a) Inicialmente se contrastó la información consignada en el cuestionario físico con la reportada en la base de datos, a fin de verificar si efectivamente la persona había dejado de responder, o si se había cometido un error en la tabulación y; b) En caso que efectivamente hubiera dejado de contestar, se le asignaba la calificación promedio del ítem. Esta técnica es altamente reconocida para el manejo de muestras de tipo probabilístico como la empleada acá (Carracedo-Martínez & Figueiras, 2006).

Adicional a este procedimiento en los casos en los que la varianza de las respuestas intrasujeto era cero (0,00) se asumió que el participante no había dado respuesta a los ítems con suficiente atención y objetividad, por lo tanto la información arrojada por ellos fue retirada del análisis de resultados. Este procedimiento condujo a la eliminación de 17 participantes, por lo cual el presente análisis de resultados corresponde a 30 participantes cuya varianza intrasujeto permite inferir que efectivamente respondieron con atención y objetividad a los ítems.

Las características sociodemográficas de la muestra constituida, se exponen en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra

Edad	Estrato			Total	
	Número hijos	1	2		3
18-26	1		1		1
	2		2		2
27-35	2		1	1	2
	3		4	2	6
	4		2		2
36-44	1		1		1
	2		4	2	6
	4		1	1	2
	5		2		2
45-53	2		1		1
	3		1		1
	4	2			2
54-62	3		1		1
	5	1			1
TOTAL		3	21	6	30

La muestra estuvo conformada por 30 mujeres (madres) con algún indicio de VIF, entre los 23 y 59 años de edad con un promedio de 37 años. Estas mujeres pertenecen a estratos socioeconómicos 1 (10%), 2 (70%) y 3 (20%), con una cantidad de hijos entre 1 y 5, donde en su mayoría tenían 2 hijos (36.7%).

Consistencia Interna

En la tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central, medias y desviaciones estándar de los puntajes en las etapas de cambio que mide la prueba conformada por 20 ítems y que arrojó una confiabilidad alta ($\alpha = 0.81$). Los Alfas de Cronbach para cada etapa mostraron una consistencia interna media (0,45 a 0,75); siendo altas para las etapas de preparación y contemplación.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas y análisis de confiabilidad

Etapa de Cambio	Ítems que la conforman	Media	DE	Alfa	Ítem para eliminar	Alfa al eliminar el ítem
Pre contemplación	7, 9, 12, 16	2,60	,813	0,56		
Contemplación	1, 2, 14, 19	3,37	,93	0,68	19	0,77
Preparación	3, 5, 6, 10	3,41	,948	0,74		
Acción	4, 13, 15, 18	3,51	,93	0,63		
Recaída	8, 11, 17, 20	2,81	,784	0,46	17	0,52

En la Tabla 3 se muestra el análisis de las relaciones entre escalas de las etapas de cambio y los ítems que las conforman. Los resultados muestran que los ítems presentan para la escala a la

que pertenecen, las correlaciones más altas y significativas. Paralelamente se observa que, a medida que la etapa es más próxima a la acción, es mayor la presencia de relaciones entre los ítems de cada escala y la escala siguiente, dando evidencia de la transitoriedad entre etapas según los postulados del MTT.

Tabla 3. Correlaciones escala-ítem, todas las escalas todos los ítems

Ítem	Escala				
	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Recaída
7	,726**	,394*			,444*
9	,565**				
12	,629**				
16	,716**				
1		,864**	,605**	,422*	
2	,544**	,756**			,501**
14		,785**	,576**		
19		,389*			
3			,767**		,372*
5		,459*	,742**	,496**	,552**
6		,477**	,699**	,567**	
10		,566**	,797**	,438*	
4			,425*	,741**	
13		,461*	,462*	,741**	
15		,390*		,739**	
18				,540**	
8			,557**		,555**
11					,654**
17	,370*				,454*
20		,393*	,408*		,791**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Intervención

Datos Sociodemográficos

Para la fase de intervención se contó con la colaboración de dos I.E.D., Veintiún Ángeles y Nueva Constitución. Estas instituciones refirieron un total de 190 madres de familia con hijos que cursaban entre pre-escolar y cuarto de primaria y en quienes los orientadores de la institución detectaron indicios de VIF, evidente por la presencia en los niños de equimosis, poca o nula higiene personal, déficit de atención no explicable por causas distintas a la VIF y agresión entre pares.

De esta muestra global, 112 madres pertenecían al colegio Veintiún Ángeles y 78 al colegio Nueva Constitución, sin embargo tan solo 115 accedieron a participar en el estudio, ya que por ejemplo en caso del colegio Veintiún Ángeles respondieron a la convocatoria 74 madres de las cuales 3 ya estaban recibiendo algún tipo de tratamiento y 16 no estaban interesadas en recibir este tipo de intervención o no contaban con la disponibilidad de tiempo necesaria.

Con respecto al colegio Nueva Constitución, 72 de las 78 madres respondieron a la convocatoria, de las cuales 5 ya se encontraban en algún tipo de intervención para el manejo o control de la VIF y 7 no estaban interesadas o no contaban con la disponibilidad de tiempo.

Del grupo inicial de 55 madres que conformaban la muestra para el colegio Veintiún Ángeles, 28 fueron asignadas al grupo experimental. Sin embargo, tan solo se logró contactar a 21 de ellas para dar inicio a la intervención, ya que al momento de localizarlas había cambiado su disponibilidad de tiempo o los datos suministrados no eran verídicos. Finalmente de este grupo, 5 personas no concluyeron el tratamiento, de tal forma que el grupo experimental final fue conformado por 16 madres.

De las 60 madres provenientes de la I.E.D. Nueva Constitución que manifestaron interés en participar en el estudio, 30 se asignaron al grupo experimental, de las cuales 22 participaron de la totalidad de los talleres propuestos y 5 dieron inicio pero no terminaron la intervención y las 3 restantes no se lograron contactar o había cambiado su disponibilidad de tiempo.

La muestra final para el estudio fue conformada por 76 madres, cuyos datos se consignaron en una base de datos en Excel, en la cual, dado que todos los datos arrojaban una varianza de respuesta intrasujeto superior a cero (0,00), no fue necesario eliminar ningún sujeto en los grupos de trabajo. Las características sociodemográficas de la muestra constituida, se exponen en las tablas 4 y 5.

Tabla 4. Datos sociodemográficos de la muestra final del grupo experimental

Colegio	Edad	Estrato	N° hijos								
			1	2	3	4	5	6	7		
I.E.D. Veintiún Ángeles	18-26	1	5,26%								
		1		2,63%					2,63%		
	27-35	2		2,63%	5,26%						
		3		2,63%	2,63%						
	36-44	1		2,63%				2,63%			
		2			5,26%						
	45-53	1			2,63%				2,63%		
	54-62	1						2,63%			
	I.E.D. Nueva Constitución	18-26	1	2,63%							
			2		2,63%						
27-35		1			5,26%						
		2			5,26%	5,26%					
		3		2,63%	5,26%						
36-44		1		2,63%				2,63%			
		2		2,63%						2,63%	
		3			5,26%		2,63%				
45-53		1		2,63%		2,63%					
		3							2,63%		
54-62		1			2,63%						

La muestra final del grupo experimental estuvo conformada por 38 mujeres (madres) con algún indicio de VIF, entre los 18 y 59 años de edad con un promedio de 36 años. Estas mujeres pertenecen a estratos socioeconómicos 1 (44,7%), 2 (31,6%) y 3 (23,7%), con una cantidad de hijos entre 1 y 7, donde en su mayoría tenían 2 y 3 hijos (28,9% en ambos casos).

Tabla 5. Datos sociodemográficos de la muestra final del grupo control

Colegio	Edad	Estrato	N° hijos						
			1	2	3	4	5	6	
I.E.D. Veintiún Ángeles	18-26	1	5,26%						
		1	2,63%		5,26%	2,63%			
	27-35	2	2,63%			2,63%			
		3		2,63%					
	36-44	1				5,26%			
		2				2,63%			
		3				2,63%			
	45-53	1					2,63%		
		2				2,63%			
	54-62	2						2,63%	
	I.E.D. Nueva Constitución	18-26	1	2,63%					
			2				2,63%		
27-35		1			2,63%	2,63%			
		2	2,63%			5,26%			
		3		2,63%		7,89%			
36-44		1	2,63%	2,63%			2,63%	2,63%	
		2				2,63%	2,63%		
		3				2,63%			
45-53		2					2,63%		
		3		2,63%	2,63%				
54-62		1				2,63%			

La muestra final del grupo control estuvo conformada por 38 mujeres (madres) con algún indicio de VIF, entre los 18 y 55 años de edad con un promedio de 36 años. Estas mujeres pertenecen a estratos socioeconómicos 1 (44,7%), 2 (31,6%) y 3 (23,7%), con una cantidad de hijos entre 1 y 6, donde en su mayoría tenían 3 hijos (50%).

Las anteriores variables sociodemográficas, funcionaron en el estudio como criterios de estratificación que fueron tenidos en cuenta para la asignación aleatoria de la muestra a cada uno de los grupos de trabajo (experimental y control). Adicionalmente, se empleó un ítem de clasificación de los participantes en las etapas de cambio propuestas por el MTT, esta pregunta tiene como criterios de respuesta el algoritmo de cambio que caracteriza la disponibilidad al mismo en términos de temporalidad.

La tabla 6 muestra la distribución de la muestra al interior de los grupos de trabajo, de acuerdo al criterio antes mencionado en la evaluación pretest.

Tabla 6. Agrupación de participantes según algoritmo de disponibilidad al cambio

Temporalidad	Grupo	
	Experimental	Control
Acción	2	2
Preparación	3	3
Contemplación	11	11
Precontemplación	18	18
Anticontemplación	4	4

Resultados de la Intervención

Con los datos recolectados a través del estudio, se indagó por el grado de confiabilidad de la prueba, encontrando que ésta presenta una fiabilidad media, dada por un alfa de Crombach de 0,40 para el pretest y 0,60 para el postest, en ambos grupos.

Ahora bien, la comparación de medias en los resultados de la prueba en cada aplicación, se estudiaron a través de la prueba T para muestras independientes con un intervalo de confianza del 95%.

Para el caso de la prueba aplicada al contraste de medias entre el pretest y el postest del grupo experimental, la prueba de Levene indica valores de significancia superiores a 0,05, por lo cual se acepta la hipótesis de igualdad de varianzas; seguidamente la significancia bilateral (menor que 0,05 para cada una de las etapas evaluadas) de la prueba t con 74 grados de libertad, indica que debe negarse la hipótesis de igualdad de medias; es decir, que existen diferencias significativas entre las puntuaciones pre y las puntuaciones postest dentro del grupo experimental (Véase Tabla 7).

Tabla 7. Prueba t para muestras independientes. Grupo Experimental

Etapa	Prueba	Estadísticos de grupo			Prueba T para la igualdad de medias			Intervalo de confianza		
		Media	Desviación	Error de la media	t	Sig. bilateral	Diferencia de medias	Error de la diferencia	Inferior	Superior
Pre contemplación	Pre	3,65	0,69	0,11	11,24	0,00	1,87	0,17	1,54	2,20
	Pos	1,78	0,76	0,12						
Contemplación	Pre	2,51	0,66	0,11	-14,63	0,00	-1,95	0,13	-2,21	-1,68
	Pos	4,45	0,49	0,08						
Preparación	Pre	2,45	0,60	0,10	-14,51	0,00	-1,91	0,13	-2,18	-1,65
	Pos	4,36	0,55	0,09						
Acción	Pre	3,14	0,68	0,11	-11,47	0,00	-1,48	0,13	-1,74	-1,22
	Pos	4,63	0,41	0,07						
Recaída	Pre	3,86	0,48	0,08	19,31	0,00	2,05	0,11	1,84	2,26
	Pos	1,81	0,44	0,07						

En el grupo control, la prueba de Levene indica valores de significancia superiores a 0,05 en la medida de cuatro de las 5 etapas de cambio, por lo cual se acepta la hipótesis de igualdad de varianzas para todas las etapas, salvo para la medición referida a la etapa de precontemplación ($gl=63,5$). La significancia bilateral de la puntuación t (mayor que 0,05 para cada una de las etapas evaluadas) indica que debe aceptarse la hipótesis de igualdad de medias; lo cual implica que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones pre y las puntuaciones pos test dentro del grupo control (Véase Tabla 8).

Tabla 8. Prueba t para muestras independientes. Grupo Control

Etapa	Prueba	Estadísticos de grupo			Prueba T para la igualdad de medias				Intervalo de confianza	
		Media	Desviación	Error de la media	T	Sig. bilateral	Diferencia de medias	Error de la diferencia	Inferior	Superior
Pre contemplación	Pre	2,27	1,27	0,21	0,16	0,87	0,04	0,25	-0,45	0,53
	Pos	2,23	0,83	0,13						
Contemplación	Pre	3,83	0,83	0,14	1,01	0,32	0,20	0,20	-0,20	0,61
	Pos	3,63	0,92	0,15						
Preparación	Pre	3,44	0,72	0,12	-0,98	0,33	-0,16	0,17	-0,50	0,17
	Pos	3,61	0,74	0,12						
Acción	Pre	3,87	0,80	0,13	0,17	0,86	0,03	0,19	-0,34	0,41
	Pos	3,84	0,85	0,14						
Recaída	Pre	2,89	0,75	0,12	0,16	0,87	0,14	0,19	-0,24	0,52
	Pos	2,75	0,91	0,15						

De forma complementaria, se realizó la comparación de medias con el análisis estadístico ANOVA para identificar las diferencias entre grupos y pruebas. Este análisis indica diferencias significativas entre el pretest y el postest en el grupo experimental con relación a la media de las puntuaciones de las etapas de cambio evaluadas en cada momento; y entre el grupo experimental y el grupo control a nivel del postest respecto a las medias de las puntuaciones de las diferentes etapas de cambio (Véase Tabla 9).

Tabla 9. Análisis de Varianza

Grupo	Aplicación	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Recaída
Experimental	Pre	3,65	2,51	2,45	3,14	3,86
	Pos	1,78	4,45	4,36	4,63	1,81
Control	Pre	2,27	3,83	3,44	3,87	2,89
	Pos	2,23	3,63	3,61	3,84	2,75
	f	31,68	33,73	65,79	31,23	67,01
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Un análisis gráfico de las puntuaciones promedio en cada una de las etapas diferenciadas por el momento de aplicación permite elaborar un perfil del cambio inducido por la intervención.

La figura 3 muestra el perfil de cambio del grupo experimental, evidenciando variaciones de importancia en las etapas de cambio predominantes en el pretest con relación a las etapas de cambio del posttest, donde la primera medición señala una baja disponibilidad al cambio, reflejada en puntuaciones elevadas en las etapas de pre contemplación y recaída; mientras que en el segundo momento de medición se evidencia un aumento en la disponibilidad al cambio, manifiesto en el incremento de las puntuaciones medias de las etapas de contemplación, preparación y acción. Por su parte, la figura 4, indica la ausencia de variaciones en la disponibilidad al cambio en el grupo control, con relación a los resultados de la aplicación comparada del pretest y el posttest.

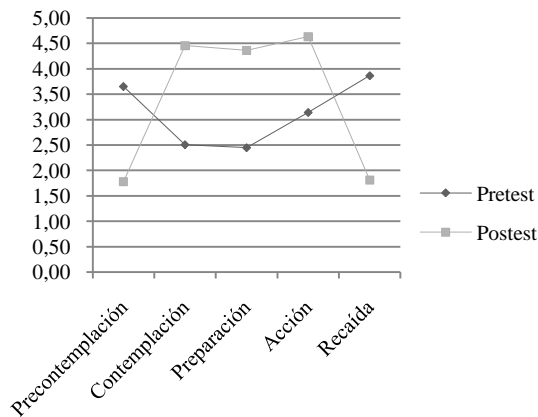


Figura 3. Perfil de cambio. Grupo Experimental

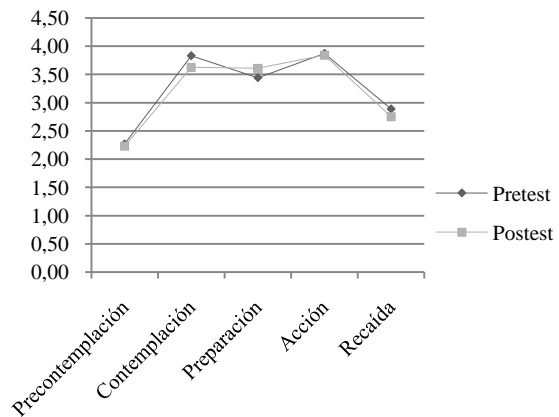


Figura 4. Perfil de cambio. Grupo Control

Para contrastar estos resultados se analizó la distribución de los participantes en cada una de las etapas evaluadas con el ítem de contraste que evalúa la disponibilidad al cambio en función de la temporalidad, expresado a través del algoritmo propio del MTT. La comparación de las distribuciones de sujetos en cada etapa, discriminada en función del grupo de trabajo y el momento de evaluación fue analizada con el estadístico Chi Cuadrado; el cual indica variaciones significativas en la disponibilidad al cambio entre las mediciones del grupo experimental, a diferencia del grupo control, en el cual no se evidencian diferencias significativas al respecto (Véase Tabla 10).

Tabla 10. Chi cuadrado

Grupo	Temporalidad	Aplicación		Chi ²
		Pretest	Postest	
Experimental	Acción	2	19	Chi=49,228 p=0,000
	Preparación	3	16	
	Contemplación	11	3	
	Precontemplación	18	0	
	Anticontemplación	4	0	
Control	Acción	2	0	Chi=2,684 p=0,612
	Preparación	3	3	
	Contemplación	11	13	
	Precontemplación	18	16	
	Anticontemplación	4	6	

La graficación de los resultados de la clasificación de los participantes en etapas de cambio, de acuerdo con el algoritmo del modelo, demuestra el cambio en la disponibilidad de los sujetos que conforman el grupo experimental y la mínima variación para el grupo control; tal como se evidenció previamente a través del análisis de varianza (Véase Figuras 5 y 6).

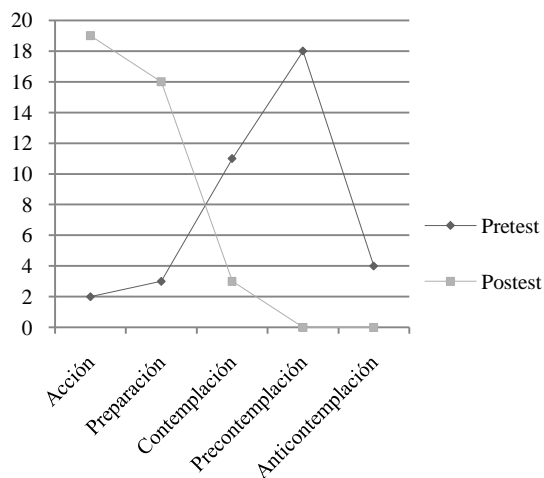


Figura 5. Perfil de cambio determinado por algoritmo. Grupo Experimental

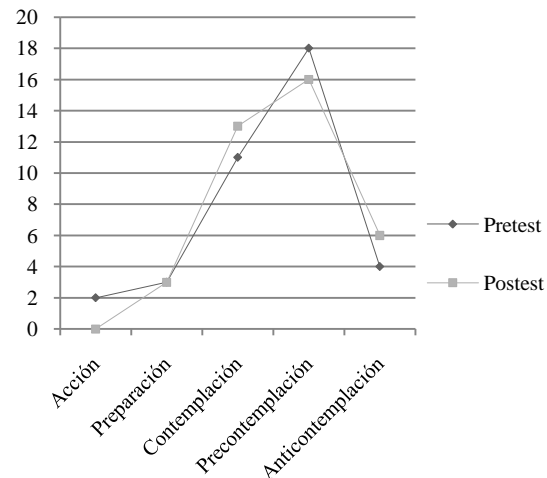


Figura 6. Perfil de cambio determinado por algoritmo. Grupo Control

Ahora bien, para evaluar la posible relación de los resultados con variables socio demográficas y de agrupación, se exploró en primera instancia la posibilidad mediante un análisis de correlaciones entre éstas variables y las etapas de cambio evaluadas. La tabla 11 muestra la síntesis de dicho análisis, el cual evidencia que no existen asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas (edad, estrato, número de hijos, colegio) y de agrupación (criterio de

temporalidad) y las etapas de cambio, por lo que no es relevante hacer análisis de mayor profundidad al respecto

Tabla 11. Análisis de Correlaciones

Etapas	Índice	Colegio	Edad	Estrato	N° hijos	Temporalidad
Pre contemplación	Pearson	0,046	-0,018	0,050	0,021	-0,126
	Sig.	0,573	0,822	0,539	0,798	0,121
Contemplación	Pearson	0,048	-0,053	-0,024	-0,068	0,065
	Sig.	0,561	0,518	0,772	0,402	0,424
Preparación	Pearson	0,02	-0,074	0,020	0,000	0,025
	Sig.	0,804	0,368	0,802	0,997	0,760
Acción	Pearson	0,104	-0,027	0,069	-0,057	0,073
	Sig.	0,201	0,740	0,400	0,483	0,374
Recaída	Pearson	0,053	-0,085	0,054	0,054	-0,028
	Sig.	0,514	0,300	0,509	0,512	0,728

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a partir de la evaluación del programa de prevención indicada de la VIF diseñado bajo los principios del MTT evidencian un incremento en la disponibilidad al cambio hacia la toma de decisiones encaminadas a la erradicación de la violencia al interior de sus hogares en las mujeres que conformaron el grupo experimental, con lo que se confirma la hipótesis de trabajo.

El impacto del programa de prevención se midió a través del URICA-DV-V, adaptación del URICA-DV; la cual resulto necesaria dado que esta última evalúa la disponibilidad al cambio respecto a la VIF en agresores mientras que en el presente estudio se buscaba realizar esta misma medición en víctimas. Para llevar a cabo la adaptación en mención el procedimiento incluyó la participación de un experto en lengua castellana quien asesoró la modificación de los ítems, de tal forma que se cambiara la orientación de victimario a víctima sin alterar el contenido y la etapa de cambio evaluada por cada ítem.

Replanteados los ítems se procedió a realizar el piloto, para el cual se contó con información confiable de 30 mujeres madres de familia que presentaban VIF. Los datos hallados reflejan una alta confiabilidad ($\alpha = 0.81$) y una consistencia interna media para las diferentes etapas de cambio, lo que indica que a pesar de la manipulación de los ítems, estos continuaron evaluando la etapa de cambio para la cual fueron diseñados inicialmente.

Esto también se hace visible en las relaciones entre ítems y la escala a la que corresponden, puesto que las correlaciones más altas y significativas (ítem-escala) mantuvieron coherencia con el instrumento original (véase Tabla 3). Este mismo análisis permite evidenciar la relación de los ítems con el tránsito entre las diferentes etapas de cambio ya que a medida que se indica la aproximación a la acción se evidenciaban correlaciones entre los ítems y etapas previas. Dichas relaciones, aunque débiles reflejan entre otras cosas los supuestos del modelo ya que adicional a la etapa que evalúan, los ítems también informan sobre la disponibilidad de avanzar a la siguiente etapa ó la posible presencia de recaídas.

Lo anterior refleja claramente que el instrumento es válido para la población objeto del estudio, ya que evalúa de manera altamente significativa la disponibilidad al cambio en la toma de decisiones por parte de las víctimas para poner fin a la VIF que padecen al interior de sus hogares, por tanto permite evaluar intervenciones de prevención que tengan por objeto alterar la

disponibilidad al cambio en víctimas de VIF, como es el caso del programa de prevención indicada propuesto para el estudio.

Antes de ahondar en la pertinencia e impacto del programa diseñado para esta población dirigido a la prevención indicada de la VIF, es relevante recordar que aunque el modelo parte de una etapa inicial de precontemplación en la cual la persona aún no está dispuesta a cambiar esto no significa en ningún sentido un desconocimiento de la problemática o de los comportamientos objeto de modificación por parte de las personas, sino, por el contrario, puede indicar la negación del impacto de estas situaciones para sí mismas y su entorno o la presencia de pensamientos poco funcionales asociados a la conformación y duración del matrimonio para el caso específico del presente estudio (Fawcett, 1999).

Esto se confirma con la distribución de las puntuaciones en la medición pre-test de las participantes tanto del grupo experimental como del grupo control, donde los perfiles de cambio de acuerdo al algoritmo de cambio y al URICA-DV-V, reflejan una mayor concentración de la muestra en la etapa de precontemplación y recaída, lo que ratifica el planteamiento anterior, en la medida que un mayor conocimiento de la problemática no garantiza la toma de decisión en pro de emprender acciones orientadas a su solución. Además este tipo de hallazgos resaltan la importancia de intervenciones como la planteada en el presente estudio que responden a las necesidades planteadas en el Forensis del 2008, de abordar el fenómeno desde otras perspectivas con el fin de trascender a las leyes que por sí solas no son suficientes y así poder poner fin real al ciclo de la VIF, Carreño (2008).

Si bien los elementos del estudio no dan argumentos para indagar sobre este aspecto en particular, sí señalan el incremento en la disponibilidad de hacer cambios a través de la toma de decisiones e implementación de acciones que favorezcan la disminución de la VIF en las víctimas, que en este caso eran madres con hijos que se encontraban cursando entre pre-escolar y cuarto de primaria.

Vale la pena resaltar que el impacto positivo del programa se vio influenciado en mayor medida por las variables manipuladas, gracias al tipo de muestreo de las variables socio demográficas como la edad, el estrato socio económico, el número de hijos; y variables de agrupación como la etapa inicial de cambio evaluada a través del algoritmo de cambio, no mostraron asociaciones significativas con relación a la comparación pre test – pos test de la aplicación del URICA-DV-V.

A esto se suma que los hallazgos encontrados a través de la aplicación de la prueba T, análisis de varianza y el ANOVA muestran que las variaciones en las puntuaciones del grupo experimental, al comparar la evaluación pre-test con relación a la pos-test fueron significativos y a favor del cambio; mientras que los pocos cambios que se dieron en los dos momentos en el grupo control no fueron significativos. Esto permite inferir que el programa de prevención indicada propuesto en este estudio y ejecutado a partir de la implementación de 5 talleres, influye de forma significativa en el incremento de la disponibilidad al cambio de la situación de abuso de la que son víctimas las mujeres en sus hogares.

Vale la pena recordar que este incremento en la disponibilidad a ejercer un cambio está asociado a la capacidad de emitir una respuesta que le permita a la mujer hacer frente a la situación de abuso de la que es víctima, en la medida que es capaz de reconocer la VIF como un problema a erradicar de su vida familiar Fawcett (1999), razón por la cual no es suficiente con que conozca los diferentes tipos de abuso, sino que cuente con la autoeficacia suficiente para responder ante el abuso.

De acuerdo con los resultados de la investigación las mujeres que participaron en el grupo experimental, una vez finalizada la intervención se mostraron más dispuestas a tomar decisiones y realizar acciones para erradicar la VIF de sus vidas; puesto que, el perfil de cambio del grupo muestra un incremento en las puntuaciones para las etapas de preparación y acción en comparación a las que se evidenciaron al inicio del tratamiento. Este tipo de hallazgos coinciden con los encontrados en investigaciones precedentes como las de Scott y Wolfe (2003) y Burke et al. (2004), sugiriendo el cumplimiento de los principios del MTT también para el presente estudio.

Como ya se había hecho mención anteriormente el programa de prevención se ejecuto a través de 5 talleres, en cada uno de los cuales se trabajaron procesos de cambio que facilitaron el paso de las etapas iniciales como la precontemplación hacia etapas de cambio posteriores como la preparación o la acción; siguiendo los planteamientos del modelo inicialmente se abordaron procesos de tipo cognitivo y hacia el final del programa se introdujeron procesos de tipo conductual.

Como aspecto adicional se incluyó, en un primer momento la evaluación de las expectativas de reforzamiento y resultado. Si bien este aspecto no hace parte originalmente del modelo guía, se hizo necesario su abordaje dado que promueve un relación empática entre el tallerista y el

grupo de trabajo, permitiendo que el primero conozca los intereses del grupo y fomentando mayor compromiso por parte del grupo, las asistentes al taller identificaron éste como un aspecto novedoso, ya que en otro tipo de actividades para padres no se indagaba en el interés que pudieran tener en las actividades a las que son convocadas.

Respecto a los procesos que sugiere el modelo, en un primer momento se empleó la concienciación, dada la amplia difusión de información de la violencia al interior de los hogares en nuestro medio, el objetivo en esta primera sesión fue la unificación de conceptos y evaluar las creencias asociadas, así como el nivel de información acerca de consecuencias, predisponentes y mantenedores de la VIF. Se encontró que si bien existen términos ampliamente reconocidos como la violencia física, otros términos presentaron confusión, por ejemplo los grupos de trabajo no diferenciaban con claridad entre la violencia verbal y la psicológica, además desconocían la negligencia como forma de maltrato, así como la violencia económica.

En este primer taller el grupo de trabajo valoró de forma muy positiva el abordaje de la terminología y las preguntas que se manejaron, facilitaron el espacio para que identificaran y compartieran casos de familiares y conocidas en quienes veían reflejada la VIF, resulta de gran interés que a diferencia de otros estudios como los de Fawcett (1999) en esta experiencia las mujeres no justifican ninguna forma de maltrato, sin embargo, persiste la baja capacidad de introspección asociada a la VIF como un problema de gran relevancia en sus vidas ya que por ejemplo difícilmente encontraban relación entre el abuso al interior de la familia con la presencia de problemas de salud mental en las mujeres, les resultó más fácil asociarlo con afecciones físicas.

Se encuentra que el proceso de concienciación tuvo un alto impacto en el grupo dado que una vez socializada la relación entre la VIF y las afecciones en salud mental, por ejemplo, las participantes lograban asociar el contenido trabajado con vivencias personales en sus madres o quien hacía las veces de figura materna en sus vidas, expresando abiertamente que muy posiblemente el estado actual de estas mujeres es consecuencia de la violencia que padecieron en su familia y la cual fue presenciada por ellas en su infancia.

A fin de mantener los logros obtenidos el proceso de concienciación permanece a lo largo del segundo taller, sin embargo, son los procesos de alivio por dramatización, auto-reevaluación y liberación social en los que se enfatiza en este taller. Encontrando que los procesos propuestos fueron representados adecuadamente por las actividades sugeridas, por ejemplo la actividad de la

“carga eléctrica” generó la reexperimentación de las emociones negativas asociadas a la dificultad de identificar problemas cotidianos en sus vidas, adicionalmente, a través de esta actividad expresaron la importancia de contar con una sólida red de apoyo como una herramienta útil en la visualización de diferente tipos de problemas personales y de la comunidad.

La sensibilización lograda a partir de esta actividad facilitó que las participantes identificaran, cuándo y cómo la VIF entra en conflicto con sus valores personales, a través de la actividad “mitos”, en las que se facilitó el espacio para que compartieran las creencias asociadas a la vida en familia, que ellas mismas lograban identificar como erróneas posterior a la socialización de algunos ejemplos planteados por la tallerista.

Se encontró que esta actividad facilitó que identificaran las barreras para el cambio propuestas para la siguiente actividad “atravesando el río”, donde resulta de interés el hecho que las barreras para cambiar la situación de violencia en sus hogares no solo hacían alusión a la violencia ejercida por sus esposos, sino que algunas referían ser agredidas por sus propios hijos, de aquí que adquiriera gran relevancia profundizar en este tipo de malos tratos en futuras investigaciones.

El trabajo grupal que siguió a la identificación de las barreras para el cambio, abrió el espacio para discutir posibles soluciones a problemáticas cotidianas identificadas, lo cual fue valorado positivamente por ellas, refiriendo la necesidad de contar con más espacios de este tipo, puesto que les ayudó a encontrar nuevas alternativas de solución a sus dificultades.

Para este momento se había logrado que reconocieran la importancia de la red de apoyo tanto en la identificación del problema como en la solución a los mismos, por tanto era el momento ideal para fortalecer su autoeficacia, al re-experimentar las emociones negativas asociadas al último conflicto familiar vivido por ellas y orientarlas hacia la valoración de su capacidad personal para cambiar estos eventos familiares, evaluando las ventajas y desventajas de realizar acciones orientadas a poner fin a la violencia.

A fin de facilitar el mantenimiento en los logros alcanzados en el taller se les brindó material adicional para que plasmaran otras situaciones de abuso en sus hogares, la socialización de este trabajo dio paso al inicio del tercer taller, encontrando una valoración positiva de esta tarea, lo que facilitó que las actividades planteadas para este logran el objetivo propuesto, ya que al final del taller las participantes expresaron la asociación de su valoración del cuándo y cómo la VIF afecta su entorno familiar, social y personal con la evaluación de los pros que favorecen el

cambio de esas situaciones conflictivas, a través de soluciones planteadas en los diferentes espacios de socialización del taller, como la denuncia, el uso de las instituciones legales, la búsqueda de ayuda de familiares y amigos y la expresión de sentimientos de malestar asociados a comportamientos ofensivos de sus compañeros, entre otras.

Uno de los aspectos que generó mayor impacto en este taller hizo alusión al esquema planteado en la actividad “los detectives”, siendo valorado como una herramienta de gran utilidad para hacer frente a diversas situaciones de conflicto en sus vidas, evidente en la socialización realizada al inicio del cuarto taller, donde se brindó el espacio para que compartieran la experiencia de realizar este ejercicio en sus hogares, además la mayoría de las asistentes expresaron que esto, sumado al ejercicio de juego de roles les ayudó a tener claridad sobre el impacto negativo que puede tener la VIF en su vida cotidiana.

Teniendo de base esta claridad se dio paso a la ejemplificación de posibles soluciones positivas y negativas asociadas a situaciones de VIF, al final de este cuarto taller las participantes expresaron su interés en realizar algunas acciones encaminadas a poner fin a la situación de abuso de la que son víctimas, reconociendo además la necesidad de tener un papel activo en la ejecución de estas iniciativas.

Con el fin de reforzar esto último se les entregó material para que ampliaran su compromiso personal de cambio, la socialización de este trabajo fue la apertura del último taller, un aspecto de gran relevancia para este momento, fue la verbalización de algunas participantes de ampliar la cobertura del ejercicio, refiriendo que habían decidido incluir metas asociadas a otro tipo de conflictos con otros miembros de la familia y con personas externas a la familia, aspecto que fue valorado positivamente por sus compañeras, incentivando que ellas también implementaran estas herramientas a otras problemáticas de su vida cotidiana.

En este taller se dio mayor peso a los procesos conductuales, ya que de acuerdo a los planteamientos del modelo es de esperar que estos sean los procesos de mayor relevancia cuando las personas están en el tránsito de la preparación a la acción, los procesos abordados fueron las relaciones de ayuda, el manejo de contingencias, contracondicionamiento, y control de estímulos. Dado los logros obtenidos a través de los talleres previos se encontró que fue una adecuada distribución de actividades en función de procesos, ya que para este momento la mayoría de ellas expresaban intención de ejecutar acciones dirigidas a poner fin a la violencia en sus vidas y se

hacía necesario introducir elementos que favorecieran el mantenimiento y facilitaran la ejecución de sus planes de acción.

Esto fue posible a través de la actividad “guía de navegación”. Las participantes expresaron que era un material de gran valía para ellas ya que les recordaba los elementos centrales de los talleres anteriores, además fue percibido como un instructivo de fácil aplicación para los diferentes conflictos que se presentan al interior de las familias.

Al final del taller, en la actividad de cierre del programa se realizó la retroalimentación global de la intervención, seguido de esto las participantes expresaron la satisfacción con las actividades propuestas y manifestaron la importancia de que este tipo de programas se ejecute también en los alumnos de décimo y onceavo grado de bachillerato, por lo que se propone implementar este tipo de programas en población adolescente de colegios distritales para futuras investigaciones.

Resulta de gran interés observar que aún cuando en los estudios precedentes se trabajó con una población diferente a la abordada en el presente estudio, ya que estas investigaciones se desarrollaron en otro país y una de ellas se dirigió a la modificación en la disponibilidad al cambio en agresores, en el presente estudio también se cumplen los supuestos del MTT, con lo cual se puede inferir una posible generalización transcultural de este tipo de intervenciones como una estrategia válida para la prevención de fenómenos como el abordado en el estudio para la población de Bogotá, resultaría pertinente ampliar la experiencia en otras localidades de la ciudad con el fin de poder llegar a garantizar la generalización de los resultados para esta población; así como en otras ciudades a fin de indagar por una posible generalización para la población Colombiana.

En el futuro, este nuevo tipo de intervenciones deberá tener presente las dificultades propias para el trabajo con este tipo de población ya que con frecuencia se presentó una pobre disponibilidad de tiempo que podría llegar a obstaculizar el desarrollo de intervenciones e investigaciones futuras. Particularidades como la mencionada han de ser tenidas en cuenta, pues si bien este tipo de características de la población no afectó de forma significativa el presente estudio, sí implicó la necesidad de intervenir en dos I.E.D. en lugar de implementar los talleres en una sola institución educativa.

Adicionalmente, para futuras investigaciones es de gran importancia considerar la propuesta de validar para la población colombiana, de forma amplia y suficiente, un instrumento de

medición de los procesos de cambio como el POC, a fin de identificar con precisión cuáles son los procesos involucrados en cada una de las etapas y que además favorecen el tránsito a través de ellas.

Finalmente resultaría relevante comparar los diferentes modelos que existen en materia de promoción y prevención, de tal forma que se pueda determinar con precisión cuál de todos los posibles modelos describe de manera más precisa el proceso de toma de decisiones que lleva a tomar decisiones a favor de la modificación de condiciones de VIF y, por ende, estructurar intervenciones breves de alto impacto.

A manera de conclusión los resultados encontrados permiten afirmar que el programa de prevención indicada de la VIF formulado bajo los principios del MTT y dirigido a madres de familia con hijos entre pre escolar y cuarto de primaria, tuvo un impacto positivo en las madres que hicieron parte del estudio; lo cual es evidente en el incremento de la disponibilidad al cambio hacia la toma de decisiones dirigida a la finalización de la VIF en sus vidas. Así esta propuesta se convierte en una intervención pionera en materia de prevención de la VIF en seguir los lineamientos de un modelo válido de prevención, ya que las intervenciones consultadas no contaron con este tipo de soporte.

REFERENCIAS

- Alcaldía mayor de Bogotá. (2006a). *Mujer y géneros*. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/equidad/newequi.php?id=4413&prio=10>
- Alcaldía mayor de Bogotá. (2006b). *Mujer y géneros*. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/equidad/newequi.php?id=16973&prio=10>
- Álvarez, J. A. & Hartog, G. (2006). *Manual de prevención de violencia intrafamiliar* (2ª. ed.). México, D. F., México: Trillas.
- Barcelata, B. E., & Alvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil [Versión electrónica], *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 35-45.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Prevención de daños* (M.F. Torres & M. Díaz, Trads.). *Psicología de la salud* (pp.397-437). Madrid, España: Paraninfo. (Trabajo original publicado en el 2000).
- Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence: The process of change in battered woman [Versión electrónica], *Violence Against Women*, 3 (1), 5-26.
- Burke, J., Denison, J., Carlson A., McDonnell, K. & O'Campo, P. (2004). Ending intimate partner violence: An application of the transtheoretical model. *American Journal of Health Behavior*, 28 (2), 122-133. Recuperado el 6 de Abril de 2007, de la base de datos PsycINFO.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Carracedo-Martínez, E. & Figueiras, A. (2006). Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales [versión electrónica], *Salud Pública de México*, 48 (4), 341-347.
- Carreño, P. (2008). *Forensis, datos para la vida*. Bogotá: Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Castaño, G. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias, *salud y drogas*, 6 (2), 127 – 148. Recuperado el 14 de junio de 2010, de la base de datos Scielo.
- Castellanos, C. (2006, Diciembre). Implementación de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para padres con hijos adolescentes basado en los cinco principios de la entrevista motivacional. *Típica*, 2(2). Recuperado de http://www.tipica.org/pdf/02_castellanos_entrevista_motivacional_para_padres.pdf
- Chronister, K. & McWhirter, E. (2006). An experimental examination of two career interventions for battered women. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (2), 151-164. Recuperado el 3 de Abril de 2007, de la base de datos PsycINFO.
- Corsi, J. (2006). *Violencia intrafamiliar: Conceptos y enfoques*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Violencia Intrafamiliar, Bogotá, Colombia. Junio
- Daly, K. (2004). A description of the change processes experienced by female victims of intimate partner violence when they and their male partners end the violence and maintain their relationships. Tesis de maestría. Recuperado en Febrero 10 de 2007, del sitio web de Virginia Polytechnic Institute and State University: <http://scholar.lib.vt.edu/theses/etd-search.html>
- Dohmen, M. L., Paggi, P., Plus, E. L., Suárez, S. & Yagupsky, V. P. (2001). *Violencia intrafamiliar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. En Corsi, J (Comp). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Drug, E., Mercy, J., Dahlberg, L. & Zwi, A. (2002). La violencia, un problema esencial de salud pública, declara la OMS en su Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. *Salud pública de México*, 44 (6), 583-584. Recuperado el 25 de febrero de 2007, de la base de datos Scielo.
- Echeburúa, E. & Del Corral, P. (2002). *Manual de violencia intrafamiliar*. Madrid, España: Siglo veintiuno.
- Eckhardt, C., Babcock, J. & Homack, S. (2004) Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19 (2), 81-93. Recuperado el 9 de Abril de 2007, de la base de datos PsycINFO .
- Eckhardt, C., Barbour, K. & Davison, G. (1998). Articulated thoughts of maritally violent and nonviolent men during anger arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 259-269. Recuperado el 3 de Abril de 2007, de la base de datos PsycARTICLES.
- Fawcett, G.; Heise, L.; Isita-Espejel, L. & Pick, S. (1999). Changing community responses to wife abuse: A research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 54(1), 41-49. Recuperado el 18 de Octubre de 2009, de la base de datos PsycARTICLES.
- Flórez, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo transteórico, en estudiantes universitarios, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Flórez, L. (2003). Cuestionario de etapas integrado a un programa (CEMA-PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: Evaluación de etapas y de variables intermediarias, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 83-104.
- Flórez, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 47-78.

Flórez, L. (2007a). Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 237-272.

Flórez, L. (2007 b). *Psicología social de la salud promoción y prevención*. Colombia, Bogotá: Manual Moderno.

Guerrero, J., Velandia, E., Morales, A., Hurtado, M. C., Puyana, Y. & Bernal, M. (2001). Reflexiones sobre la violencia de pareja y relación de género. *Módulos de Violencia Intrafamiliar*, 4, 79-84.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2000). *Haz Paz: Política nacional de constitución de paz y convivencia familiar*. Recuperado el 8 de noviembre de 2006, del sitio Web del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: <http://www.bienestarfamiliar.gov.co/espanol/HAZPAZ.ASP> .

Instituto colombiano de Bienestar Familiar. (2005). *Plan nacional de construcción de paz y convivencia familiar*. Bogotá, Colombia: Instituto colombiano de Bienestar Familiar.

Instituto colombiano de Bienestar Familiar. (2007). *Modelos de atención para la prevención, detención y tratamiento de la violencia domestica*. Recuperado el 23 de Junio de 2007, del sitio Web del instituto Colombiano de Bienestar Familiar: http://icbf.internet.website.axesnet.net/Nuestros_programas/Documentos/MODELOS%20DE%20ATENCION%20VIOLENCIA%20DOMESTICA.pdf

Instituto colombiano de Bienestar Familiar y Fundación Rafael Pombo. (2003). *Vínculos afectivos, perspectiva de género y derechos humanos: Una metodología para prevenir la violencia intrafamiliar*. Bogotá, Colombia: Instituto colombiano de Bienestar Familiar.

Iriarte, L. (2002). *La violencia en la familia*. Cúcuta, Colombia: Editorial publicidad San Carlos.

- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México, D.F., México: Nueva editorial interamericana.
- Kottow, M. (2005). *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile., Chile: Mediterráneo.
- Kwong, M., Bartholomew, K., Henderson, A. & Trinke, J. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology, 17* (3), 288-301. Recuperado el 30 de Mayo de 2007, de la base de datos PsycARTICLES.
- Levesque, D., Gelles, R. & Velicer, W. (2000). Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognitive Therapy and Research, 24* (2), 175-199. Recuperado el 4 de Mayo de 2007, en la base de datos PsycINFO.
- Levesque, D., Velicer, W., Castle, P. & Greene, N. (2008). Resistance among domestic violence offenders: Measurement development and initial validation [Versión previa a la publicación posible a través del contacto con Pro-Change Behavior Systems], *Violence Against Women, 14* (2), 158-184.
- Londoño, M. (1990). *Cinco formas de violencia contra la mujer*. Bogotá, Colombia: ECOE editores.
- Markez, I., Moreno, F. & Izarzugaza, I. (2006). La violencia colectiva: Un problema de salud pública pendiente de ser investigado. *Norte de Salud Mental, 6*(25), 45-59. Recuperado el 8 de marzo de 2007, de http://www.ome-aen.org/NORTE/25/NORTE_25_070_45-60.pdf
- Matheson, D.W.; Bruce, R.L. & Beauchamp, K.L. (1985). *Psicología Experimental: Diseños y análisis de investigación*. México D.F, México: Editorial Continental.
- McGuigan, W., Vuchinich, S. & Pratt, C. (2000). Domestic violence, parents' view of their infant, and risk for child abuse. *Journal of Family Psychology, 14* (4), 613-624. Recuperado el 23 de marzo de 2007, de la base de datos PsycARTICLES.

- Morales, A. (2002, noviembre). *La familia: el lugar donde empieza la convivencia*. Seminario nacional sobre seguridad y convivencia de la Secretaría de gobierno. Recuperado el 12 de octubre de 2006, del sitio Web de la Secretaría de Gobierno: <http://www.suivd.gov.co/SNal/P/Adela%20Morales.doc>
- Moreno, J. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de psicología*, 18 (1), 135-150. Recuperado el 2 de marzo de 2007, de la base de datos Redalyc.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F, México: Thomson.
- Ortega, M. (2006, 19 de Febrero). Adictas al dolor. En: *El Tiempo*, p C3, 2.
- Ospina, D., Jaramillo, D., Uribe, T. & Cabarcas-Iglesias, G. (2006). Escala de identificación de las etapas de cambio conductual en mujeres en una relación conyugal violenta [Versión Electrónica], *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38 (3): 523-535.
- Pellegrini, A. (1999). La violencia y la salud pública. *Revista panamericana de la salud*, 5 (4-5), 219-221. Recuperado el 9 de marzo de 2007, de la base de datos Scileo.
- Perfetti, M., Arango, P., Hurtado, M., Lemaitre, A., Pinzón, Y., García, D. et al (2000). El estado y la violencia en la familia. *Módulos de Violencia Intrafamiliar*, 1, 3-14.
- Presidencia de la República. (s.f.). *Violencia intrafamiliar en Colombia*. Bogotá, Colombia: Presidencia de la República-Ministerio de Salud.
- Pro-Change behavior systems, inc (2010). *Transtheoretical model*. Recuperado el 01 de Junio de 2010, del sitio Web de pro-change: <http://www.prochange.com/ttm>
- Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003). *Rumbo al cambio: Guía para mejorar su relación y evitar la violencia*. Rhode Island, Estados Unidos: Pro-Change behavior systems & Channing Bete company.

- Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus B., Rakowski, W. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13* (1): 39-46. Recuperado el 19 de marzo de 2007, de la base de datos PsycARTICLES.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-133). Barcelona, España: Ediciones en neurociencias.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York, Estados Unidos: Avon Books.
- Profamilia. (1990). *Encuesta nacional de demografía y salud ENDS*. Profamilia. Disponible en el sitio de Profamilia: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/1990resultados_generales.htm
- Profamilia. (1995). *Encuesta nacional de demografía y salud ENDS*. Profamilia. Disponible en el sitio de Profamilia: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/1995resultados_generales.htm
- Profamilia. (2000). *Encuesta nacional de demografía y salud ENDS*. Profamilia. Disponible en el sitio de Profamilia: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2000resultados_generales.htm
- Profamilia. (2005). *Encuesta nacional de demografía y salud ENDS*. Profamilia. Recuperado el 10 de noviembre de 2006, del sitio de Profamilia: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm
- Ramírez, C. (2000). Co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes. *Acta Colombiana de Psicología, 4*, 63-78.

- Ramírez, C. (2003). La transmisión intergeneracional, la clase del vínculo y los factores interpersonales como predictores de co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes [Versión electrónica], *Acta Colombiana de psicología*, 9, 51-69.
- Ramírez, C. (2006). El impacto del maltrato en los niños y las niñas de Colombia. *Revista infancia, Adolescencia y Familia*, 1 (2), 287-301. Recuperado el 20 de marzo de 2007, de la base de datos Redalyc.
- Restrepo, O; Puche, P & Peña, S. (2003). Promoción de la convivencia y prevención de la violencia interpersonal mediante actividades lúdicas y humorísticas: El proceso de implementación de la estrategia ¿Y de respeto que?. *Colombia Médica*, 34 (1), 31-35. Recuperado el 31 de octubre de 2006, de la base de datos Redalyc.
- Rivas, S. (2001). Violencia doméstica contra la mujer. Una vergonzosa realidad. *Otras Miradas*, 1 (1), 77-96. Recuperado el 10 de marzo de 2007, de la base de datos Redalyc.
- Rivera, C., (s.f.). Ley de los ojos morados. En: *Entrevista para el centro latinoamericano de sexualidad y derechos humanos*. Disponible en: http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=_ES&infoid=1335&sid=43.
- Rivera, L., Allen, B., Chávez, R. & Ávila, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud pública*, 48 (2), 268-278. Recuperado el 10 de marzo de 2007, de la base de datos Scielo.
- Rivera, L., Allen, B., Rodríguez, G., Chávez, R., & Lazcano, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud pública*, 48 (2), 288-296. Recuperado el 17 de marzo de 2007, de la base de datos Scielo.
- Rodríguez, M., Muñoz, E., Fandiño A. & Gutiérrez, M. (2006). Evaluación de la estrategia de comunicación "Mejor Hablemos" para promover la convivencia pacífica en Cali, 1996-2000.

Salud pública, 8 (3), 168-184. Recuperado el 17 de marzo de 2007, de la base de datos Scielo.

Ruiz, M., Roper, C., Amar, J. & Amarís, M. (2003). Familia con violencia conyugal y su relación con la formación del autoconcepto. *Psicología desde el Caribe*, 11, 1-23. Recuperado el 19 de marzo de 2007, de la base de datos Redalyc.

Salazar, M., Velandia, E., Morales, A., Cuartas, M. C., Valencia, M. & Oliveros, A.. (2001). Vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. *Modulos de Violencia Intrafamiliar*, 7.

Senado de la República. (1996, 22 de Julio). Ley 294 de 1996. *Diario Oficial*, 42836.

Senado de la República. (2000, 9 de Febrero). Ley 575 de 2000. *Diario Oficial*, 43889.

Senado de la República. (2004, 2 de Junio). Ley 882 de 2004. *Diario Oficial*, 45.568.

Senado de la República. (2006, 8 de Noviembre). Ley 1098 de 2006. *Diario Oficial*, 46.446.

Senado de la República. (2008, 4 de Diciembre). Ley 1257 de 2008. *Diario Oficial*, 47.193.

Scott, K. & Wolfe, D. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 879-889. Recuperado el 2 de abril de 2007, de la base de datos PsycARTICLES.

Wolfe, D., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A. & Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (3), 406-415. Recuperado el 4 de abril de 2007, de la base de datos PsycARTICLES.

Zolezzi, A., Marchetti, R. & López, F. (2006). *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. México: Centro Nacional de equidad de género y salud reproductiva*. Recuperado el 20 de junio de 2007, del sitio Web del Centro Nacional de

Equidad de Género y Salud Reproductiva: http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/MANUAL_DE_OPERACION-2.pdf

APÉNDICES

*Apéndice A: URICA-DV-V***URICA – DV – V ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Nombre _____ Edad _____ Estrato socioeconómico _____

Teléfonos _____ Cuantos hijos tiene _____

Por favor responda las preguntas relacionadas con la violencia que aparecen a continuación de una forma sincera teniendo en cuenta que la información aquí consignada solo tendrá fines académicos y teniendo presente los aspectos explicativos que se mencionan a continuación:

Por “violencia” entendemos el conjunto de comportamientos ejecutados por un miembro de la familia con el objetivo de controlar a otro de sus integrantes, doblegando su voluntad, constituyéndose en un abuso de poder y de confianza, donde por lo general resulta comprometida la sobrevivencia, seguridad o el bienestar del otro.

Por “acabar con la violencia” se hace referencia al uso de planes de acción positivos para mejorar su ambiente familiar y evitar permanentemente ser víctima de violencia en el hogar. Son ejemplos de planes de acción positivos.

- Exigir respeto hacia usted y sus hijos por parte de su pareja en cualquier situación.
- Buscar apoyo de familiares, amigos o de las autoridades competentes.
- En caso de ser necesario separarse de su pareja.

Si planea acabar con la violencia en su hogar, a través de cualquiera de las acciones anteriormente ejemplificadas, su plan es comenzar a implementar estas conductas:

- a) En el curso de los próximos 30 días
- b) Dentro de uno a seis meses aproximadamente
- c) Pasarán más de seis meses antes de que empiece a acabar con la violencia en su hogar
- d) No planea acabar en un futuro próximo con la violencia en su hogar
- e) Ha pasado más de un mes desde que comencé a acabar con la violencia en mi hogar

Actitudes y Conductas

Por favor indique qué tan DE ACUERDO o DESACUERDO está usted con cada una de estas afirmaciones.
 Base sus respuestas en cómo se siente y actúa AHORA. Por favor elija el número entre 1 a 5, donde
 1=Completamente en desacuerdo y 5=Completamente de acuerdo

¿Qué tan en desacuerdo o de acuerdo está con esta afirmación?	Completamente de acuerdo					
		De acuerdo	Sin opinión	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	
		1	2	3	4	5
1 . Comienzo a ver que la violencia en mi relación de pareja es un problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 . No veo la importancia de concentrarme en la violencia en mi relación de pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 . Aunque no he sido víctima de violencia desde hace un tiempo, se que es posible que vuelva a permitirlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 . Estoy trabajando activamente para terminar con la violencia de la que soy víctima en mi relación de pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 . Ojala tuviera más ideas sobre cómo poner fin a la violencia de la que soy victima en mi relación de pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 . En realidad estoy actuando para dejar de ser víctima de la violencia en mi hogar, y NO estoy sólo pensando en esto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 . La violencia en mi relación de pareja NO es nada de otro mundo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 . Ya no soy víctima de violencia, pero a veces me cuesta identificar mis actitudes permisivas hacia los comportamientos violentos de mi pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 . Esta bien permitir la violencia siempre que NO me sienta afectada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 . Me encuentro en un momento de mi vida en que comienzo a sentir el impacto negativo de la violencia de la que hemos sido victimas en nuestro entorno familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 . He realizado algunos cambios y he acabado con la violencia de la que he sido víctima, pero temo volver a ser como antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 . En cuanto a mí concierne, NO es necesario que mi pareja cambie la forma en la que me trata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 . Aunque a veces se me hace difícil, estoy esforzándome para acabar con mis actitudes permisivas hacia la violencia en mi relación de pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 . Veo cada vez más como mis actitudes permisivas hacia los comportamientos violentos de mi esposo incrementa mi dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 . Finalmente, estoy haciendo algo para NO ser más víctima de la violencia en mi hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 . Creo que tengo aspectos negativos, pero no hay nada que necesite cambiar realmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 . Logré evitar permanentemente la violencia, pero a veces quisiera que mi pareja me volviera a tratar agresivamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 . Estoy realizando cambios importantes y acabando con la violencia en mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 . Cada vez más advierto que la violencia es mala.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 . Aunque logré realizar los cambios necesarios para evitar permanentemente la violencia en mi vida, todavía hay situaciones en las que me siento tentada a volverlo a permitir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice B: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO PARA HACER PARTE DE UNA INVESTIGACION

Yo, _____, identificada con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto que cuento con la disponibilidad de tiempo, es decir de dos a tres meses y que tengo la disposición de hacer parte de una investigación orientada a mejorar la convivencia familiar, cuyos objetivos fueron debidamente explicados.

Tengo pleno conocimiento que la información suministrada a lo largo de la investigación va a ser empleada por un estudiante de Maestría en Psicología con fines exclusivamente académicos, lo que implica que no existirán repercusiones legales para mí o para mis hijos asociadas a la información que exprese durante el estudio.

Adicionalmente se me ha explicado que puedo abandonar la intervención en el momento que lo considere pertinente y que el propósito ultimo del programa es mejorar la convivencia familiar acorde con los objetivos personales orientados a tal fin de acuerdo con los planteamientos suministrados en los talleres que conforman el programa.

Entiendo y acepto que la intervención a la que seré sometido responde a una iniciativa basada en la evidencia, donde en experiencias previas se ha comprobado el beneficio para personas como yo, de participar en intervenciones fundamentadas en modelos de prevención para gran variedad de problemáticas, entre la que se encuentran las que me aquejan en la actualidad y de las cuales el investigador tuvo acceso por reporte del colegio donde se encuentran inscritos mis hijos en su proceso de educación.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Nombres y Apellidos _____

Firma

C.C.

Fecha DD MM AA

Apéndice C: Evaluación de la sesión

*Evaluación de la sesión***Colegio:****Edad:**

Estimada Señora:

El presente documento constituye una importante herramienta de retroalimentación acerca de su opinión sobre las actividades propuestas para la implementación del taller de prevención de violencia intrafamiliar.

Por lo anterior, agradecemos que responda de forma sincera y objetiva las preguntas que se presentan a continuación:

Evalué las actividades propuestas de acuerdo con los siguientes criterios:

TA: totalmente de acuerdo; **PA:** parcialmente de acuerdo; **PD:** parcialmente en desacuerdo; **TD:** totalmente en desacuerdo

Criterio	TA	PA	PD	TD
Las actividades propuestas responden a sus necesidades				
Considera que la información suministrada en la sesión le será útil en la vida cotidiana				
Considera que las actividades propuestas son pertinentes para personas con sus características.				

Sugerencias y Observaciones

Apéndice D: Descripción de los talleres

TALLER	OBJETIVO	PROCESOS PSICOLOGICOS	DINAMICA (Apéndice D)	TIEMPO	RECURSOS
1) PRESENTACION	a) Presentación del tallerista y contextualización del taller.	a) Motivación hacia el taller	a) Presentación personal del tallerista y los participantes: “objeto imaginario”	20	Dinámica de presentación
		b) Expectativas de reforzamiento y resultado	b) Descripción general del taller y dinámica “los curiosos”: indagar las expectativas hacia el taller.	50	a) Fundamentos generales del taller b) Dinámica
			Receso	10	
	b) Evaluación de creencias respecto a la VIF	a) Concienciación	a) La palabra clave. Creencias asociadas a la VIF.	20	a) Tarjetas, hojas y marcadores
			b) Tingo tango. Concienciación	40	b) Preguntas para tingo-tango
Evaluación de la sesión			10		
Tiempo total				2 horas y 30 minutos	
2) IDENTIFICANDO PROBLEMAS	a) Análisis dinámico de las barreras de cambio	a) Concienciación b) Alivio por dramatización	a) La carga eléctrica: concienciación	25	a) Dinámica
	b) Reconocer los obstáculos en la identificación del problema de la VIF	a) Concienciación b) Auto-reevaluación	a) Los mitos asociados a la VIF, en varios momentos que incluyen reflexión y socialización.	50	a) Mitos b) Copias, marcadores y papel periódico
			Receso	10	
	c) Identificar estrategias para sobrepasar las barreras	a) Concienciación b) Liberación social	a) Atravesando el río Concienciación y Liberación social	25	d) Dinámica
	a) Reflexionar sobre las ventajas y desventajas del cambio	a) Auto-reevaluación b) Balance Decisional	a) Sondeo de emociones. Auto-reevaluación y Balance decisional	30	a) Hojas b) Formato de registro
			Evaluación de la sesión	10	
Tiempo total				2 horas y 30 minutos	
3) SALIENDO DE LA VIOLENCIA	a) Reflexionar sobre la importancia de aumentar las ventajas de cambio	a) Balance decisional.	a) Armando vida. Balance decisional.	35	Rompecabezas
	b) Identificación del impacto de la violencia y las soluciones posibles	a) Liberación social y reevaluación ambiental	a) Las historias de Juana. Liberación social y reevaluación ambiental	35	b) Historia
			Receso	10	
	c) Reflexionar sobre los factores desencadenantes de la violencia	a) Auto-reevaluación b) Reevaluación ambiental	a) Los detectives. Auto-reevaluación y reevaluación ambiental b) Tarea Reevaluación ambiental	60	a) Papel periódico y marcadores b) Formatos de registro
			Evaluación de la sesión	10	
Tiempo total				2 horas y 30 minutos	

4) SALIENDO DE LA VIOLENCIA	a) Resaltar la importancia de las acciones personales para poner fin a la violencia	a) Alivio por dramatización b) Liberación social c) Reevaluación ambiental d) Control de estímulos	a) Cartelera para analizar la información de la tarea dejada en la sesión anterior. Reevaluación social Auto-reevaluación b) Juegos de Rol. Alivio por Dramatización Liberación Social Control de estímulos	30	a) Papel periódico y marcadores
	Receso			10	
	b) Fortalecer las estrategias orientadas a poner fin a la violencia.	a) Alivio por dramatización b) Liberación social c) Control de estímulos d) Auto liberación	a) Una mirada al interior. Alivio por dramatización, Liberación social y control de estímulos	40	
			b) Mi compromiso personal. Auto liberación	20	a) Formato y marcadores
	Evaluación de la sesión			10	
Tiempo total			2 horas y 30 minutos		
5) COMPROMISO DE CAMBIO	a) Brindar herramientas que permitan fortalecer la planificación del cambio	a) Auto liberación b) Contracondicionamiento	a) Confidencias. Auto liberación	30	
			b) Guía de navegación. Auto-liberación Contracondicionamiento	40	a) Papel periódico y marcadores b) Formatos
	Receso			10	
	b) Fortalecer la capacidad de búsqueda de apoyo	a) Relaciones de ayuda	a) Mi primer árbol Relaciones de ayuda	30	a) Árbol en una hojas y marcadores
	c) Brindar herramientas para superar recaídas.	b) Autoeficacia	b) Reciclaje. Autoeficacia	30	a) Hojas
Evaluación de la sesión			10		
Tiempo total			2 horas y 30 minutos		

*Apéndice E: Dinámicas***1- OBJETO IMAGINARIO**

Posterior a la presentación del tallerista, que incluye nombre y ocupación, se les pide a los asistentes que formen un círculo y se presenten lanzando y gesticulando objetos imaginarios, teniendo en cuenta que estos gestos deben ir en relación al peso y el tamaño del objeto. Una persona comienza usando solo las manos para explicar al grupo el objeto imaginario que va a pasar o alzar a (le pregunta el nombre de la persona a quien se envía). La persona receptora debe realizar la recogida en función del objeto que le pasan y proseguir el juego. La persona que recibe un objeto puede transformarlo en otro antes de enviarlo de nuevo. Si se presenta alguna dificultad se puede hacer diciendo verbalmente cuál es el objeto que se pasa.

2- LOS CURIOSOS

Previo a esta dinámica se describirá de forma general el taller, lo cual tendrá una duración máxima de 10 minutos. A continuación se les solicitará a los asistentes que formen equipos de trabajo (cinco integrantes y un secretario). Posteriormente se explica la primera parte del ejercicio: los equipos deben confeccionar un cuestionario con aquellas preguntas que quisieran hacer al resto del grupo respecto a lo que esperan encontrar en el taller, la preparación de este cuestionario no excederá los 15 minutos.

Una vez que todos hayan terminado, se visitaran a los otros equipos para que respondan al cuestionario que se confeccionó (10 min); finalmente se socializará el trabajo (15 min) y se resolverán inquietudes.

3- LA PALABRA CLAVE:

Realizar tarjetas; cada una tiene una palabra asociada a un concepto general de la VIF, estos pueden ser: violencia intrafamiliar, v. verbal, v. física, v. psicológica, v. sexual y v. económica, entre otros. Las tarjetas se depositan en un sobre.

El tallerista forma los equipos y explica que un representante de cada grupo retirará una de las tarjetas del sobre; la llevarán al grupo, reflexionan sobre su posible significado y la presentarán a los otros grupos de una forma dinámica (mímica, dibujos, escenificación, etc) según sea su elección, para esto contarán con (15 min). Finalizada cada presentación se socializará sobre las creencias asociadas al término y se unificarán conceptos (5 min).

4- TINGO-TANGO

Se les pide a los participantes que roten una bola, facilitada previamente, mientras que el tallerista se tapa los ojos y repite varias veces seguidas: “tingo, tingo, tingo, tingo...” en el momento en que dice: “¡Tango!” la persona que tenga la pelota deberá contestar con un sí o un no, una pregunta asociada a las secuelas, predisponentes y mantenedores de la violencia.

Estas preguntas pueden ser:

1. Las mujeres víctimas de violencia en el hogar tienen más problemas de salud, sufren ansiedad y depresión, incluso tratan de suicidarse. (si)
2. Los niños que ven escenas de violencia en sus casas tienen más problemas comportamentales en el colegio. (si)
3. La violencia puede derivarse de problemas de comunicación. (si)
4. En algunos casos la violencia se origina por un déficit en la solución de problemas. (si)
5. La violencia es aprendida desde la infancia y por tanto no se puede controlar. (no)
6. Los niños solo experimentan violencia cuando el papá les pega. (no)

Una vez la persona responde a la pregunta se indaga en el grupo si es una respuesta compartida, posterior a esto se le confrontara sobre la relación de esta información con secuelas, predisponentes o mantenedores según sea el caso. Para esta actividad se contara con 30 minutos.

Terminada la actividad se hará una retroalimentación que recoja los principales elementos de la actividad “la palabra clave” y “tingo-tango” (10 min)

5- LA CARGA ELECTRICA

Se les dice a los participantes que formen un círculo y luego se pide a un voluntario que se retire por un momento. En ausencia de este se explica que durante el juego todos deben permanecer en silencio, se selecciona a uno de ellos que "tendrá carga eléctrica" y se explica que cuando el jugador que salió ponga su mano sobre la cabeza de quien tiene la carga todos deberán gritar y hacer gestos.

Una vez explicada las acciones a seguir se llama al voluntario y el tallerista le explica: " Uno de los presentes tiene carga eléctrica: Concéntrese y vaya tocando la cabeza de cada uno para descubrir quién tiene la carga eléctrica. Cuando lo descubra, avise". Dependiendo del grupo se puede incrementar la dificultad al pedir que corra mientras va tocando la cabeza de sus compañeros. Para esto se cuenta con 15 minutos.

Finalizado el tiempo se realizara una analogía con la identificación de problemas en la vida cotidiana, con el fin de poner en evidencia la dificultad para encontrar la fuente de los problemas, para esto se contara con 10 minutos.

6.- LOS MITOS

Previamente se debe contar con una copia de los imaginarios y prejuicios sociales acerca de la violencia de pareja.

En primer lugar la tallerista entrega a cada uno de los participantes una hoja con copia de todos los refranes, luego les pedirá que los lean y traten de identificarse con uno de ellos, porque le hace gracia el mito, porque la llama la atención, porque le causa hilaridad, etc. Si tiene conocimientos de otros mitos, puede escribirlos en el reverso de la hoja, además deben buscar la razón por la que se identifica con el mito (15 minutos).

Posterior a esto el coordinador formará varios grupos con los participantes para facilitar el diálogo. En cada uno de los grupos se comenta sobre el mito elegido en particular por cada uno; escucharán las razones que la llevaron a identificarse con mito elegido y tratarán de hallar como los han aprendido a lo largo de su vida (15 minutos).

Finalizado este análisis grupal, se realiza una socialización general en que se retomen los mitos más representativos y se brinde claridad sobre la realidad o no de estos y el papel que juegan a la hora de obstaculizar el cambio (15 minutos).

Se trabajaran los mitos descritos por Guerrero et al. (2001), estos son:

- La ropa sucia se lava en casa
- Si a la mujer la maltrata su marido es porque algo habrá hecho
- Porque te quiero te aporreo
- A las mujeres les gustan que les peguen
- Hay que pensar primero en los hijos y es preferible que se quede con el agresor
- Una mujer solo es maltratada cuando tiene un problema específico
- El hombre tienen el derecho de maltratar a su esposa: para eso es su marido
- Lo más importante es preservar la unidad familiar
- Si él es el único que trabaja no se puede hacer nada
- Las violaciones ocurren en lugares oscuros y apartados y es imposible que una mujer sea violada por su marido

7- ATRAVESANDO EL RIO.

Se solicitará que formen grupos de trabajo, luego se les entregará una hoja por grupo, bajo la instrucción de plasmar en ella las barreras del cambio (aquellas cosas que les impiden poner fin a la violencia), pueden repetir algunos imaginarios trabajados en la actividad “los mitos”, sin embargo el objetivo es identificar nuevas barreras. (5 minutos).

Posterior a esto la tallerista recoge las hojas, les pide que se ubique un grupo frente del otro, distribuirá al azar las hojas con barreras en los grupos. El instructivo será: la actividad consiste en pasar a donde está el otro grupo, para esto deben formar un puente con las posibles acciones que les permitirían superar las barreras. Estas acciones se consignarán en unas hojas perforadas (previamente distribuidas) que serán unidas con lazos (previamente suministrados) para formar un puente. Ganará el grupo que forme el puente más cercano a la meta una vez terminado el tiempo 10 minutos.

Finalizada la actividad se socializará sobre las acciones planteadas, identificando las más viables y se reflexionará sobre la actividad en general, resaltando roles individuales en la consecución de metas y las estrategias grupales (10 minutos)

8-SONDEO DE EMOCIONES.

La tallerista pide a los participantes que se tomen un momento para reflexionar sobre su convivencia familiar, se les guiará para que retrocedan mentalmente al último altercado, situación de menosprecio o golpes y pregunten como sintieron en ese momento; quienes lo deseen podrán socializar estas emociones. Seguido de esto se hará una retroalimentación, donde se les cuestionará sobre el cambio de esas situaciones, se contará con 15 minutos.

Seguido de esto se les pedirá que escriban en una hoja (previamente distribuida) las ventajas y desventajas que encuentran para cambiar esta situación que recrearon en sus mentes (10 minutos). Finalmente se les darán los instructivos para que diligencien un formato en sus hogares, que orienta la transformación de desventajas en ventajas; pidiéndoles que no lo olviden para el próximo taller (5 minutos).

Desventaja	Respuesta más positiva
Ej. 1. Mis amigas creerán que soy una fracasada	1. Mis hijos y yo nos sentiremos más tranquilos porque estamos en un ambiente libre de violencia.

9-ARMANDO VIDA

Se les pide que formen grupos de trabajo y luego se les brinda la instrucción de armar un rompecabezas, ellos no conocerán a que lleva la unión de las piezas, ni que existen fichas que no pertenecen y otras tienen estímulo por ambos lados. Pasado el tiempo destinado para esta actividad (10 minutos) se indagará sobre las dificultades que encontraron al realizar la actividad y como las sobrepasaron (5 minutos).

Seguido de esto se retroalimentará la pertinencia de la actividad con relación a la importancia que tiene contar con múltiples ventajas que en este caso son las fichas y como algunas veces las desventajas se pueden transformar para que sean ventajas, representado por las fichas que presentaban doble estimulación. (5 minutos).

Finalmente, se socializará la actividad asignada para la casa en la actividad “sondeo de emociones” retroalimentado a los participantes en el proceso de transformación de las desventajas a ventajas (15 minutos).

10- LAS HISTORIAS DE JUANA

Los talleristas entregaran a cada participante una historia que le falta una o dos palabras, deberán completarla con términos que hagan alusión al impacto negativo de la violencia sobre si mismo y sobre los demás, así como posibles soluciones. Para esto contarán con 5 minutos, las historias son las siguientes:

A. Juana se quejaba constantemente con sus amigas porque el esposo la regañaba por todo y no la dejaba salir a ningún lado. Una de ellas averiguo y le dijo que eso era maltrato y que ella podía demandarlo.

B. Juana estaba con su hijo ayudándole con las tareas, cuando de repente llego su esposo, enojado por qué lo habían regañado en el trabajo y le grito a Juana ven ¡ya! a servirme la comida, cuando ella le dijo que estaba ocupada él la golpeo, por lo que el hijo se puso a llorar y muy aturdida Juana se fue a la cocina.

C. Mientras Juana intentaba estudiar biología para el examen del día siguiente vio como su padre maltrataba a su madre, le decía palabras fuertes, le pegaba y le decía que ella no servía para nada. Juana se puso muy triste y no pudo seguir estudiando, por lo que al día siguiente perdió el examen y no pudo prestar atención a clase.

D. Durante mucho tiempo el esposo de Juana la trataba mal, le decía que era una inútil, una boba que no servía ni para cocinar, cierto día, cansada de pedirle que no la tratara mal, Juana decidió armar la maleta de ella y de sus hijos para irse lejos de ahí.

E. Juana era muy feliz con su esposo hasta que él empezó a cambiar, ya no se dirigía a ella con cariño ni con respeto, en ocasiones la ignoraba. Cierta día Juana decidió hablar de esto con su esposo antes de que la situación empeorara.

Una vez rellenados los espacios se les pide a los asistentes que se reúnan en grupos de acuerdo a la letra de la historia que les fue asignada, una vez formados los grupos deberán socializar acerca de cómo creen que se debe completar la historia y si ésta hace alusión al impacto negativo de la violencia o a una posible solución, para cual contarán con 15 minutos.

Posterior a esto se hará una retroalimentación a fin de resaltar los efectos negativos de la violencia, así como algunas alternativas para ponerle fin (15 minutos).

11- LOS DETECTIVES

En esta actividad se les solicitará que formen grupos. La actividad consiste en identificar los precipitantes de la violencia y como las personas actúan frente a ellos, para ello se les pedirá que reflexionen al interior del grupo sobre alguna situación de violencia en el hogar de la cual hayan sido víctimas o simplemente conozcan, intentando detallar paso a paso como se llego a la manifestación violenta y que acción tomo la víctima (20 minutos).

Terminado esto se les entregará un formato (en un pliego de papel periódico) y se les pedirá que plasmen en el esta información (20 minutos).

Desencadenante (Que lo llevo a actuar así)	Conducta (Que hizo el agresor y la víctima)	Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
Ejemplo: Llego a la casa cansado y no el tenia la comida	Agresor: Me grito, luego me llevo a la fuerza a la cocina. Víctima: en medio del llanto le prepare la comida.	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños se pusieron a llorar • Me sentí humillada • El consiguió lo que quería 	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños le tendrán miedo • Puedo llegar a presentar depresión

Tomado de Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003)

Finalizado esto se retroalimentara la actividad, haciendo énfasis en las acciones de agresor y víctima, así como en las consecuencias que tiene este tipo de situaciones, concluido esto se les entrega formatos (tamaño personal) para que plasmen en él las situaciones que se viven al interior de sus familias, aclarando que es preciso que lo traigan diligenciado en la siguiente sesión (20 minutos).

12-CARTELERA

Se les solicitara que formen grupos de trabajo con aquellas personas con las que se sienta cómodo al compartir la información de la tarea. Posteriormente se les entregara papel periódico y marcadores, para que realicen un cartel que reúna los acuerdos del grupo 15 minutos; terminada la cartelera se socializara a todo el grupo y el tallerista retroalimentara la información expuesta (15 minutos).

13-JUEGOS DE ROL

Previa formación en grupos de trabajo se le entrega a cada uno, un caso donde se haya presentado violencia en la familia y lo dramatizarán de acuerdo a las instrucciones suministradas al azar (escogerá una tarjeta con las instrucciones previamente elaborada), éstas contienen algunas posibles soluciones para hacer frente a situaciones de violencia, entre las opciones están:

- Hacerse respetar: Usando un lenguaje claro y educado la víctima le pedirá al agresor que respete su integridad personal, al eliminar el uso de palabras ofensivas y frases que la minimicen.
- Dialogar: La víctima le manifestara al agresor su intención de dialogar sobre algunas situaciones que le molestan en el hogar.
- Responder con violencia: La víctima responde violentamente ante el ataque del agresor.
- Solucionar mejor los problemas: La víctima le hace ver al agresor que es lo que lo lleva a actuar así y le plantea si le interesa que entre los dos busquen una solución a ese malestar.
- Alejarse del agresor: Una vez se identifica que el agresor está buscando la oportunidad de hacer daño, la víctima evita situaciones que le faciliten poner esa energía en acción.
- Acuerdos: La pareja llegara al acuerdo que cuando sientan que las tensiones se elevan se mantendrán distanciados hasta que vuelvan a un estado de calma en el que puedan dialogar.

Antes de dramatizarlo el grupo deberá llegar a acuerdos mínimos sobre que hará cada integrante (10 minutos), posteriormente cada grupo hará su representación (20 minutos por todos

los grupos) y finalmente se indagará y retroalimentará sobre la viabilidad de las soluciones para poner fin a la violencia (10 minutos).

El caso será:

Juan llegó a la casa, luego de un día agotador en el trabajo y encontró que María no tenía la casa arreglada, ante lo cual reaccionó gritándole, diciéndole que no servía para nada y que era una mantenida.

14-UNA MIRADA AL INTERIOR

Partiendo de la información obtenida de la tarea asignada en la sesión previa, se les solicitará que formen grupos de trabajo e identifiquen en el caso de su elección, las posibles barreras que les han impedido finalizar la violencia en el hogar, los precipitantes más comunes de los actos agresivos y las acciones que podrían ser útiles para poner fin a la violencia (20). Posteriormente esta información se socializará frente al grupo en general, donde el tallerista retroalimentará cada intervención a fin de reforzar los conocimientos logrados a lo largo de las sesiones pasadas (20 minutos).

15-MI COMPROMISO PERSONAL.

A cada participante se le entregará una hoja para que realice un compromiso personal de cambio y asigne como podría recompensar su cumplimiento:

Objetivo:	Ejemplo: Tratar de volver a hacer las cosas en realidad me Agradas	
Fecha de cumplimiento:	de	Inmediato
Premio:	Me felicitaré y seguramente me sentiré más feliz.	

Tomado de Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003)

Objetivo n°1:		
Fecha de cumplimiento:	de	
Premio:		

Tomado de Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003)

16-CONFIDENCIAS.

En esta actividad se les pedirá a los participantes que formen dos grupos y hagan círculos, uno externo y otro interno, de tal forma que los del grupo interno estén frente a alguien del grupo externo, posteriormente se les da la instrucción de girar hacia el lado derecho hasta que se dé la instrucción de alto. Cuando paren le preguntarán a la persona que tienen al frente: ¿Has logrado alguna de las metas que se planteo la sesión pasada? ¿Cuál?, ¿Si se le presentaron obstáculos para alcanzar sus objetivos cuales fueron y como los manejo?, ¿Qué le recomendaría a alguien para poder alcanzar sus objetivos de cambio? (15 minutos).

A continuación se socializara frente al grupo algunas experiencias y se retroalimentara en función del refuerzo de la planificación de cambio (15 minutos).

17- GUÍA DE NAVEGACIÓN

Se les pedirá a los asistentes que formen grupos de trabajo, luego se les entregara un cartel que contiene un formato en el que deberán trabajar (hay dos tipos de formatos) planteando en cada espacio las opciones que creen son adecuadas, previa explicación del tallerista.

El tallerista los orientará para que plasmen la opción que más facilitaría el plan de acción, al reconocer los signos que anteceden a la violencia y al practicar la técnica de poner en duda algunas ideas. Para esto contarán con 15 minutos.

Una vez terminado el ejercicio se socializaran los resultados, que serán retroalimentados por el tallerista a fin de asegurarse que las personas han entendido y saben cómo reaccionar ante la presencia de signos de alerta y como modificar algunos pensamientos que ayudan a aumentar su estancia en ambientes violentos, para esto se contará con 15 minutos.

Finalizada la actividad se entregaran formatos (versión personal) a cada uno de los asistentes, para que reflexionen su caso personal. (10 minutos).

Formatos:

Como reconocer signos de alerta de violencia intrafamiliar

Signos físicos	Signos psicológicos	Signos relacionados con la conducta
Ejemplo: Cuando el esta cerca por lo general me sudan las manos, siento dificultad para respirar.....	Me siento constantemente angustiada porque él vive enojado y tengo el ánimo por el piso, creo que estoy deprimida....	Él me pega algunas veces y otras me insulta, me menosprecia Yo vivo temerosa y me muestro sumisa para que no me haga nada.....

Tomado de Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003)

Ponga en duda sus ideas

Situaciones que desencadenan la violencia	Cosas que uno cree	Consecuencias	Frases para cuestionar ciertas cosas que uno cree	Nuevas consecuencias
Ejemplo A pesar que ordeno las cosas constantemente él dice que están desordenas	<ul style="list-style-type: none"> • Como soy su mujer debo aguantarme la situación • Mejor no digo nada porque puede ser peor 	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento poco valorada • Pienso que no hago nada bien • Los niños están preocupados porque me ven triste 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante que me arme de valor y me haga respetar. • A lo mejor ni se ha dado cuenta que sus palabras me hieren, debería decirle que eso me molesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Me sentiré en igualdad de condiciones que él. • Podríamos conversar y llegar a acuerdos. • Tendría un mejor ambiente familiar donde vivir

Tomado de Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003)

Otras ideas que también hay que cuestionarse

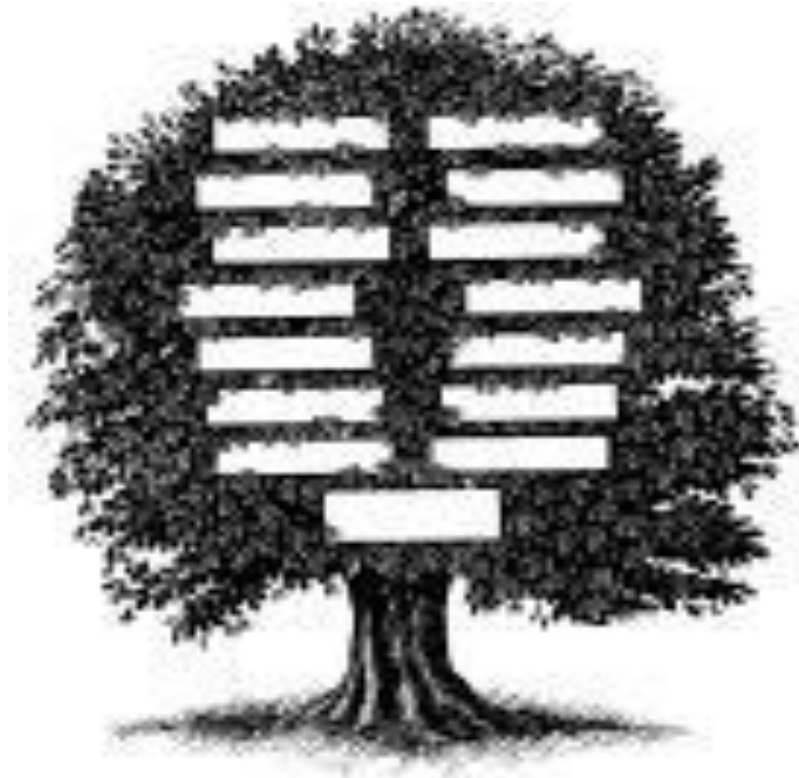
Idea Negativa	Ideas alternativas
Ejemplo Cambiar es demasiado difícil	Ejemplo <ul style="list-style-type: none"> • Hay gente que puede ayudarme • Ya he pasado por otras situaciones complicadas y las pude superar • _____ • _____

Tomado de Pro-Change behavior systems & Channing Bete company (2003)

18-MI PRIMER ÁRBOL

Se les pedirá que formen grupos de máximo 13 personas y se les entregara un árbol de teléfonos a cada persona, bajo la instrucción: Anoten de abajo para arriba las personas más cercanas del grupo, a las cuales podría acudir en caso de necesitar ayuda, incluyendo su nombre, teléfono y como podría aproximarse a ella (20 minutos).

Finalizada esta actividad el tallerista retroalimentará la importancia de contar con personas que las puedan escuchar y orientar (10 minutos), por ultimo entregara un árbol adicional para que lo completen con otras personas allegadas que las puedan ayudar, bajo la misma instrucción.



19-RECICLAJE

El tallerista entrega una hoja a cada persona y les dicen que hay que consignar las respuestas a unas preguntas que irá haciendo a lo largo de la actividad.

Les pide que primero cierren los ojos e intenten visualizar y reflexionen sobre ¿Cómo eran antes de empezar el taller?, ¿Cómo era su ambiente familiar?, ¿Cómo se sentían con las experiencias de maltrato?, este momento de reflexión tomara 5 minutos.

Posterior a ello deberán contestar en la hoja ¿Qué ha cambiado en mi vida desde que empecé a tomar el taller?, ¿En qué he cambiado su relación con el ambiente familiar?, ¿Qué he aprendido con los talleres?, para plasmar esto tendrán 15 minutos.

Seguido de esto se socializaran algunas de estas respuestas, el tallerista retroalimentara las intervenciones haciendo énfasis en la importancia de reconocer cada pequeño paso y cómo al darse cuenta de los avances se vuelven más fuertes para continuar el camino del cambio. El tallerista debe indicarles la utilidad de esta estrategia para sobreponerse ante las recaídas, al incluir nuevas preguntas como: ¿Qué cree que la llevo a adoptar las actitudes que antes tenía?, ¿Cuáles fueron las consecuencias? Y ¿Cómo puede evitar estas situaciones a futuro?. Para esta última parte se contara con 10 minutos.

RESEÑA BIOGRAFICA DE LA AUTORA

Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia (2006), graduada con honores, aspirante a Magíster en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, Investigadora Asociada Grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano del Centro de Estudios Sociales – Facultad de Ciencias Humanas –Universidad Nacional de Colombia. Ponente en el XIII congreso colombiano de psicología (2008), en la V conferencia internacional de psicología de la salud, realizada en la Habana – Cuba (2008), en el VI congreso argentino de salud mental – 4º encuentro interamericano de salud mental (2009) y en el Congreso Nacional de Psicología clínica y de la salud, realizado en Acapulco – México – (2010). Quien además cuenta con una experiencia de más de dos años en psicología clínica y de la salud.