

**AUTOCONCEPTO EN LAS ÁREAS AFECTIVA, FAMILIAR, SOCIAL Y
LABORAL EN UNA MUJER VICTIMA DE VIOLENCIA CONYUGAL,
ATENDIDA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
MENTAL PERPETUO SOCORRO DE SAN JUAN DE PASTO.**

**AYDA MARLENY PANTOJA SANTANDER
ANDREA DEL ROCIO CALVACHI REVELO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO
2002.**

**AUTOCONCEPTO EN LAS ÁREAS AFECTIVA, FAMILIAR, SOCIAL Y
LABORAL EN UNA MUJER VICTIMA DE VIOLENCIA CONYUGAL,
ATENDIDA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
MENTAL PERPETUO SOCORRO DE SAN JUAN DE PASTO.**

**AYDA MARLENY PANTOJA SANTANDER
ANDREA DEL ROCIO CALVACHI REVELO**

Trabajo de Grado para optar el título de Psicólogas

Asesora

Ps. ZENEYDA CEBALLOS

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO
2002.**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Enero 29 de 2002.

Dedico:

A mis padres y hermano,

*por la constante voz de aliento para vencer los obstáculos del
camino.*

A Álvaro, mi esposo e incondicional amigo,

*A mis hijos, Cristian Camilo y Ángela Manuela,
por ser la luz de mi vida y mi mayor motivación para seguir
adelante.*

A Andrea, mi amiga y compañera,

por su paciencia y cariño.

Ayda.

Dedico:

A mis padres y hermanos,

por sus consejos y voz de aliento.

A Olga, por su confianza y apoyo incondicional.

A Ayda, por ser una amiga sin condiciones.

A mis amigos y familiares, gracias por todo.

Andrea.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Dres. Zoneyda Ceballos, Fredy Villalobos y Gerardo Uribe, por el acompañamiento y dedicación a nuestro proceso de investigación.

Dres. Erika Pareja, Elizabeth Ojeda, Gabriela Villota y Cástulo Cisneros, por los valiosos aportes personales y profesionales al desarrollo de la investigación.

A los profesionales de los departamentos de Psiquiatría y Psicología del Hospital Mental Perpetuo Socorro, y a “María”, quienes con su confianza y colaboración permitieron la realización de este trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE GRÁFICAS	6
LISTA DE ANEXOS	7
Resumen	8
INTRODUCCIÓN	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. FORMULACION DEL PROBLEMA	14
4. JUSTIFICACIÓN	15
5. OBJETIVOS	17
5.1. General	17
5.2. Específicos	17
6. MARCO TEORICO	18
6.1. TERAPIA COGNITIVA EN LA IDENTIFICACIÓN DEL AUTOCONCEPTO	18
6.1.1. Modelo Cognitivo de Beck	20
6.1.1.1. Ventajas y Desventajas de los Esquemas	22
6.1.1.2. Contenido de los Esquemas	24
6.1.1.2.1. Creencias Centrales	24
6.1.1.2.2. Creencias Intermedias	26
6.1.1.2.3. Pensamientos Automáticos	26
6.1.1.3. Tipos de Esquemas	27
6.1.1.4. Esquemas de Autoconcepto	28
6.1.2. Técnicas de Evaluación utilizadas por la Terapia Cognitiva	32
6.2. INCIDENCIA CULTURAL EN EL DESARROLLO	

DEL AUTOCONCEPTO	35
6.3. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	38
6.3.1. Violencia Conyugal	38
6.3.1. Tipos y Manifestaciones de Violencia Conyugal	39
6.3.2. Ciclo de la Violencia Conyugal	42
6.3.3. Prejuicios sobre la Violencia contra la Mujer	44
6.3.4. Efectos de la Violencia contra la Mujer	46
7. ASPECTOS METODOLOGICOS	48
7.1. Tipo de Investigación	48
7.2. Individuos de Estudio	50
7.3. Instrumentos	50
7.4. Fases de la Investigación	52
8. RESULTADOS	54
8.1. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS SESIONES	54
8.1.1. Caso “María”	55
8.1.1.1. Sesión # 1	55
8.1.1.2. Aplicación del cuestionario sobre identificación de tipos de violencia conyugal.	58
8.1.1.3. Sesión # 2	60
8.1.1.4. Sesión # 3	64
8.1.1.5. Sesión # 4	68
8.1.1.6. Sesión # 5	73
8.1.1.7. Sesión # 6	75
8.1.1.8. Sesión # 7	78
8.1.1.9. Sesión # 8	81
8.1.1.10. Sesión # 9	83
8.1.1.11. Sesión # 10	85
8.1.2. Conceptualización Cognitiva de los datos obtenidos en las sesiones.	87
8.1.3. Categorización del autoconcepto de acuerdo a las áreas afectiva, familiar, social y laboral.	92
8.1.4. Análisis de las características del autoconcepto	

a partir de las áreas afectiva, familiar, social y laboral.	97
9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	100
10. ALCANCES Y RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFIA	110
ANEXOS	113

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1: Etapas del Ciclo de la Violencia Marital	43
Gráfica 2: Identificación de los pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el área afectiva	93
Gráfica 3: Identificación de los pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el área familiar	94
Gráfica 4: Identificación de los pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el área social	95
Gráfica 5: Identificación de los pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el área laboral	96

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuestionario para Identificar el Tipo de Violencia Conyugal	114
Anexo A.1. Cuestionario para Identificación el Tipo de Violencia Conyugal, diligenciado por la paciente.	118
Anexo B. Formato de Autorización para grabación de sesiones Psicoterapéuticas.	122
Anexo C. Formato de Autoregistro diario.	123
Anexo C.1. Formato de Autoregistro diario, diligenciado por la paciente.	124

RESUMEN

Para la identificación del autoconcepto en las áreas afectiva, familiar, social y laboral, de una mujer víctima de violencia conyugal, se trabajó en proceso psicoterapéutico con una mujer de 21 años de edad, usuaria del servicio de consulta externa del Hospital Mental Perpetuo Socorro, quien fue remitida por psiquiatría con diagnóstico: “cuadro clínico depresivo, disfunción familiar y antecedentes de maltrato conyugal”.

Se realizaron diez sesiones psicoterapéuticas de evaluación, de enfoque cognitivo, en las cuales fue posible identificar pensamientos y creencias, con respecto a su desempeño en las áreas arriba mencionadas. Cada una de las sesiones fue analizada y puesta a consideración de jueces expertos en el área clínica, con el propósito de llevar a cabo el proceso de validación, acorde con los métodos utilizados por la investigación cualitativa, como es la triangulación de investigadores.

A parte de la entrevista psicológica de corte cognitivo, se aplicó además, un cuestionario para identificar el tipo de violencia conyugal del que fue víctima la paciente. Al igual que la prueba de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS), con el fin de corroborar el diagnóstico de Retardo Mental Leve (RML), el cual fue dado como antecedente por parte de la paciente y su familia.

Se desarrolló la Conceptualización Cognitiva, estrategia organizativa propuesta por Beck¹, que permitió la elaboración de cuadros sinópticos, en donde fue

¹ BECK, Judith. Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. Barcelona. Gedisa. 2000

posible identificar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales del autoconcepto, presentados por la paciente en cada una de las áreas evaluadas.

Mediante la técnica de estudio de caso único, fue posible encontrar información sobre las creencias devaluativas que se hacen manifiestas en situaciones vulnerables como son los hechos violentos conyugales. Se encontró además, que éstas creencias fueron moldeadas dentro del grupo familiar primario y son mantenidas y reforzadas mediante su continúa activación por las agresiones verbales de las que es víctima por parte de su compañero.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios la terapia cognitiva ha logrado gran acogida entre los profesionales de la psicología, quienes siguiendo los planteamientos de Aaron Beck, sobre sus estudios de la depresión y la ansiedad, basados en el postulado de la presencia de una deformación sistemática en el modo como los pacientes interpretan las situaciones vividas, han trabajado en la aplicación de esta terapia a una diversa serie de personas con perturbaciones psicológicas, siendo actualmente más amplio su campo de aplicabilidad.

De acuerdo con lo anterior, el terapeuta cognitivo trabaja a nivel de los problemas que manifiesta el paciente e involucra sus esquemas subyacentes; y además, considera que se encuentran algunos problemas básicos o nucleares, es decir dificultades centrales tanto para los estados disfuncionales (por ejemplo, un autoconcepto negativo) como para la conducta problemática (por ejemplo, una conducta dependiente)².

Por lo anterior, la Terapia Cognitiva, se constituyó en la base para el desarrollo de este proceso evaluativo e investigativo, ya que nos permitió corroborar la teoría en la práctica, donde el factor psicosocial en el cual crece y se forma un individuo es decisivo al establecimiento del autoconcepto, puesto que le permite evaluar exigencias particulares del medio para que le sea posible desarrollar estrategias adaptativas mediante ideas, pensamientos y creencias, las cuales están insertadas en estructuras más o menos estables denominadas “esquemas”, que seleccionan y sintetizan la información recibida del medio, desencadenando procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, los cuales

² BECK, A. FREEMAN, A. Y Cols. Terapia Cognitiva en los trastornos de personalidad. Barcelona. Paidós. 1995

permiten acercarse a la comprensión de los procesos cognitivos que generan y mantienen el repertorio comportamental de un individuo.

Nuestro interés investigativo se enfatizó en la identificación del auto concepto en las principales áreas de desempeño personal como son: la afectiva, familiar, social y laboral, en una mujer víctima de violencia conyugal; y ésta característica fue tomada como una condición, mas no como una variable dentro de la investigación, puesto que lejos de buscar una relación entre el autoconcepto y el complejo fenómeno de la violencia conyugal, se buscó la identificación de las creencias y pensamientos que posee una mujer en relación a su autoconcepto, en el desempeño en esas condiciones.

Esta condición de ser víctima de violencia conyugal, surge como inquietud investigativa dentro del área clínica, a partir del conocimiento de un amplio problema de nuestra realidad social, como el de violencia conyugal y que, por supuesto, no es ajeno al campo de acción de la Psicología.

La Violencia Conyugal, tiene lugar dentro de las relaciones de pareja, merece la atención de los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales, por cuanto presenta estadísticamente unos niveles significativos, en los cuales las mujeres son quienes reportan la mayoría de los casos.

La población de mujeres nariñenses no es ajena a esta situación y a pesar de no encontrarse datos precisos sobre la incidencia de la violencia conyugal, los reportes y demandas permanentes en las Comisarías de Familia y la búsqueda de asesoría psicológica en aquellas instituciones que brindan este servicio, permiten constituirse en un buen motivo para ser un tema de estudio, desde la psicología clínica.

Es por ello que la presente investigación se realizó a manera de estudio de caso único, con una mujer de 21 años de edad, usuaria del servicio de Consulta Externa del Hospital Mental Perpetuo Socorro, quien en su remisión,

presentaba un diagnóstico clínico depresivo, disfunción familiar y antecedentes de maltrato físico por parte de su compañero. Mediante la evaluación clínica y tomando como base el diagnóstico multiaxial presentado por la paciente, fue posible identificar en este caso particular, un autoconcepto negativo y devaluativo de sus aptitudes reales y potenciales en relación a las áreas mencionadas.

Con este proceso evaluativo e investigativo se encontró que las limitantes con respecto al autoconcepto no son generadas por la situación violenta conyugal, ya que este evento pasa a ser un reforzador para la autoevaluación negativa de la paciente; además fue posible observar más ampliamente la influencia de otros elementos en la formación de su autoconcepto negativo, como son la historia personal y familiar que formaron parte su desarrollo evolutivo y adaptativo al grupo social, los cuales se constituyeron como generadores primarios de un autoconcepto negativo y pobre con respecto a la autoevaluación en situaciones propias de su contexto.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que el autoconcepto es una influencia directa al desarrollo de incentivos, normas, planes, reglas y directrices de la conducta de cada individuo, y que se conforma de ideas, pensamientos y creencias con respecto a sí mismo, de acuerdo a las principales áreas de desempeño que le ofrezca su contexto, el interés de las investigadoras residió en la identificación del autoconcepto en una mujer víctima de algún tipo de violencia conyugal, dentro de las áreas afectiva, familiar, social y laboral.

Las situaciones violentas dentro de la pareja, generan en las mujeres graves consecuencias tanto a nivel físico como psicosocial, condiciones que limitan muchas veces su desempeño en las áreas mencionadas. En este sentido se considera relevante desde la perspectiva de la terapia cognitiva, conocer el autoconcepto, dentro de éstas áreas, en una mujer que ha sido víctima de algún tipo de violencia conyugal, de tal manera que ésta información pueda aportar elementos válidos a la intervención y prevención de actos violentos dentro del ámbito de pareja, desde la psicología clínica.

Una de las estrategias que ofrece mayor viabilidad a este objetivo es el estudio de caso único, ya que por medio de éste, es posible conocer otras variables y elementos que pueden estar presentes en el desencadenamiento de actos violentos entre la pareja y permite observar todo el proceso de formación y activación del tipo de creencias y pensamientos que hacen parte del autoconcepto en una persona ante las situaciones vulnerables.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el autoconcepto en las áreas afectiva, familiar, social y laboral en una mujer víctima de violencia conyugal, atendida en el servicio de consulta externa del Hospital Mental Perpetuo Socorro de San Juan de Pasto, durante el período comprendido entre Octubre y Diciembre de 2.001?

4. JUSTIFICACIÓN

La manera como las personas procesan la información sobre sí mismas y sobre los demás, se ve influenciada por sus creencias y los componentes de su organización cognitiva, entre ellos el autoconcepto, el cual hace referencia a los pensamientos y creencias que las personas desarrollan sobre sí mismas, de acuerdo a sus capacidades reales y potenciales, además éste, establece una relación directa con la afectividad y conducta del individuo e influye en el afrontamiento de problemáticas que su medio le presenta, dentro de las áreas afectiva, familiar, social y laboral.

La formación y desarrollo del autoconcepto, tienen su origen en la infancia, apoyados con la influencia del proceso de socialización, al que todo individuo tiene acceso, a través del grupo familiar, primer responsable de la formación de pensamientos y creencias con respecto a la valía personal; estas creencias pueden ser positivas o negativas y le permitirán desarrollar estrategias adaptativas a las situaciones que su contexto le exige.

Ante la inminente importancia de la influencia que ejerce el grupo familiar, al desarrollo del autoconcepto, surge la inquietud de identificar el autoconcepto en una mujer que está dentro de un tipo de interacción violenta con su pareja y que tiene la responsabilidad de aportar a la construcción del autoconcepto, en sus hijos, los futuros formadores de nuevas familias.

En nuestro medio es ampliamente reconocida la problemática de la violencia conyugal ejercida contra la mujer. Datos estadísticos de la Comisaría de Familia, seccional Pasto, indican que durante el primer semestre del 2.001 se presentaron 186 denuncias por violencia intrafamiliar, de los cuales 132 casos (70.9%), fueron por violencia entre la pareja, siendo la mujer la principal víctima.

Dentro de la dinámica de la violencia conyugal es clara la manifestación del poder entre géneros y la subordinación de la mujer; esta información es sustentada por la herencia cultural y transmitida a través de generaciones por medio del núcleo familiar, principal formador de roles genéricos, los cuales son influenciados por el contexto cultural de una sociedad y desarrollados mediante ideas y creencias que formarán parte del patrón cognitivo de cada individuo³.

Es evidente que muchas de las consecuencias presentadas por éstas mujeres, tales como: depresión, ansiedad y baja autoestima las lleva a solicitar ayuda profesional en centros de atención psiquiátrica y psicológica; se considera que la sintomatología presentada por ellas se encuentra sustentada en ideas, pensamientos y creencias relacionadas con sus capacidades y potencialidades, las cuales se manifiestan en su repertorio comportamental.

En esta oportunidad investigativa nos centramos en la identificación de este componente cognitivo, el autoconcepto, en cada una de las áreas mencionadas anteriormente, presentado por una mujer víctima de maltrato conyugal, puesto que en lugar de tratar de establecer una relación entre el autoconcepto y la violencia conyugal, el objetivo principal se centra en la identificación del autoconcepto en la mujer, dentro de las áreas que apoyan su desarrollo personal, ya que en nuestra labor psicoterapéutica resulta de vital importancia ampliar los métodos de intervención clínica psicológica a los actores de la violencia conyugal y esto es posible sólo con la técnica de estudio de caso

³ ROJAS, Nelly. La pareja. Cómo vivir juntos. Santa fe de Bogotá. Planeta. 1994.

único puesto que es útil para el desarrollo y refinamiento de planteamientos conceptuales y estrategias de intervención basados en la experiencia clínica.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Identificar el autoconcepto en las áreas afectiva, familiar, social y laboral, en una mujer víctima de violencia conyugal, atendida en el servicio de consulta externa del Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de San Juan de Pasto, durante el período comprendido entre Octubre y Diciembre de 2.001.

5.2. Objetivos Específicos

Determinar creencias y pensamientos a nivel del área afectiva que forman parte del autoconcepto de una mujer víctima de violencia conyugal.

Distinguir creencias y pensamientos a nivel del área familiar que forman parte del autoconcepto de una mujer víctima de violencia conyugal.

Evaluar creencias y pensamientos a nivel del área social que forman parte del autoconcepto de una mujer víctima de violencia conyugal.

Evaluar creencias y pensamientos a nivel del área laboral que forman parte del autoconcepto de una mujer víctima de violencia conyugal.

Analizar las características del autoconcepto de una mujer víctima de violencia conyugal a partir de las áreas afectiva, familiar, social y laboral.

6. MARCO TEÓRICO

LA TERAPIA COGNITIVA EN LA IDENTIFICACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

La Terapia Cognitiva fue expuesta por Aaron Beck hacia el año de 1967 en la Universidad de Pennsylvania (EEUU) como una modalidad de psicoterapia para la depresión, estructurada y breve, centrada en la problemática presente y destinada a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales, ya que en la depresión se acentúan considerablemente algunos rasgos de trastornos o errores de pensamiento, como la distorsión negativa sistemática, la generalización excesiva y la personalización⁴.

En sus estudios, Beck ⁵ sustenta que las alteraciones del estado de ánimo son el resultado de un desorden del pensamiento más que del afecto, primando la causal cognoscitiva y considerando los síntomas afectivos, motivacionales, comportamentales y fisiológicos de las alteraciones del estado de ánimo como consecuencias directas de las alteraciones a nivel cognitivo.

⁴ BECK, Aarón. Citado por BECK, Judith. *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y Profundización*. Barcelona. Gedisa. 2000

⁵ BECK, Aarón. Citado por RISO, Walter. *Depresión*. Santa fe de Bogotá. Centro de Estudios Avanzados en Psicología Clínica. 1992

La nueva ciencia cognitiva o Paradigma de Procesamiento de Información (PPI) es tomado como una aproximación teórica en la que se asume que el funcionamiento del ser humano puede ser entendido en términos de cómo la información interna y ambiental es procesada y utilizada; además toma al individuo como un sistema altamente complejo de información cognitiva y afectiva, en donde la atención, percepción, memoria y capacidad para solucionar los problemas son elementos fundamentales de este modelo⁶.

Beck⁷, postula el Modelo Informacional en psicopatología, el cual se basa en el paradigma integrado por: los esquemas, las distorsiones cognitivas (procesos), y los pensamientos (productos). En este modelo las distorsiones cognitivas hacen parte del esquema y son indicadoras del mismo, al igual que el estilo de distorsión, su frecuencia y sus consecuencias.

La Terapia Cognitiva tiene como objetivo identificar, delimitar y probar falsas creencias y supuestos desadaptativos y se basa en los siguientes supuestos: (a) la conducta humana se encuentra mediada por variables cognitivas, las cuales le permiten interpretar y reaccionar ante las exigencias ambientales, de acuerdo con la experiencia e influencia del estilo cognitivo de su medio; (b) la manera de percibir el mundo y su participación en él, son el resultado de los procesos cognitivos del individuo; y (c) las técnicas cognitivas pueden intervenir efectivamente en la comprensión e identificación de los esquemas, errores de pensamiento y de atribución⁸.

Es por ello que el método utilizado por esta terapia consiste en el aprendizaje de experiencias, dirigidas a enseñar al paciente operaciones como: (a) identificar la relación entre cognición, afecto y conducta, (b) identificar los

⁶ PAPALIA, D. y WENDKOS, S. *Psicología del Desarrollo*. 7° ed. Santa fe de Bogotá. Mc Graw Hill. 1997

⁷ BECK, Aarón. Citado por RISO, Walter. Op Cit.

⁸ LOPEZ, C. Y MAYA, J. *Evaluación del nivel de Autoconcepto y diseño de una propuesta de intervención cognitiva comportamental en los pacientes parapléjicos de la fundación FUNDAVIDAS*. San Juan de Pasto. Universidad de Nariño. 2000

pensamientos automáticos negativos, (c) controlar los pensamientos automáticos negativos, (d) examinar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos automáticos, (e) sustituir las cogniciones desviadas por interpretaciones más reales, y (f) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias⁹

6.1.1. Modelo Cognitivo de Beck

El Modelo Cognitivo de Beck, es la base teórica de la terapia cognitiva y propone que la mayoría de los problemas psicológicos tienen en común una distorsión del pensamiento en las percepciones de los eventos, que influyen directamente en las emociones y conducta de los individuos. Es decir, que los sentimientos y emociones no están determinados por las situaciones mismas, sino por la manera que posee una persona de interpretarlas.

Es por ello que el terapeuta cognitivo centra su interés en el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial que es el más evidente. Puesto que una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en los estados de ánimo y los comportamientos de los pacientes, la mejoría permanente se adjudica al resultado de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes¹⁰.

Beck¹¹, en su propuesta teórica distingue tres elementos básicos dentro de la elaboración de los procesos cognitivos, los cuales son:

1. *Triada Cognitiva*: la conforman tres patrones cognitivos que inducen al individuo a considerar de manera idiosincrásica aspectos como la visión de sí

⁹ DATTILIO, F. Y PADESKY, C. *Terapia Cognitiva con Parejas*. España. Desclée de Brouwer. 1995.

¹⁰ BECK, Judith. *Op. Cit.*

¹¹ BECK, A. RUSH, J. SHAW, B. y EMERY, G. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 10ª ed. España. Desclée de Brouwer. 1983.

mismo, del mundo y del futuro. "Si en la vida de alguien son inusualmente frecuentes los acontecimientos negativos, no es improbable un pesimismo acentuado respecto a uno mismo, del mundo y del futuro"¹².

2. *Errores Cognitivos*: estos mantienen la creencia del sujeto en la validez de sus conceptos negativos a pesar de que su realidad le demuestre lo contrario. Dattilio y Padesky¹³, identifican los siguientes errores cognitivos, los cuales generan y mantienen alteraciones del estado de ánimo y dificultades en el establecimiento de alternativas en la solución de conflictos: (a) *Inferencia arbitraria*: se sacan conclusiones careciendo de un apoyo que sustente la evidencia; (b) *Abstracción Selectiva*: se focaliza la atención a un detalle negativo, desatendiendo el contexto global; (c) *Sobregeneralización*: un incidente aislado sirve para representar todas las situaciones similares, relacionadas o no; (d) *Magnificación o Minimización*: cuando se evalúa así mismo, a una persona o a una situación se magnifica lo negativo y /o se minimiza lo positivo; (e) *Personalización*: se atribuyen sucesos exteriores a uno mismo cuando no existen suficientes pruebas para llegar a esta conclusión; (f) *Pensamiento Dicotómico*: la situación se ve en dos categorías - bueno o malo -, en vez de un continuo; (g) *Etiquetamiento*: el sujeto usa las imperfecciones y equivocaciones del pasado para definirse así mismo; (h) *Visión del Túnel*: sólo se tiene en cuenta los aspectos negativos de la situación; (i) *Explicación sesgada*: tipo de pensamiento suspicaz, desarrollado durante momentos de conflicto, en el que existe una suposición automática, de que la otra persona tiene una razón para actuar; y (j) *Lectura de la mente*: cuando se cree conocer lo que otros están pensando sin comunicación verbal.

3. *Esquemas Cognitivos*: el término "esquema" ha sido estudiado desde mucho tiempo atrás. Entre los estudiosos que se dedicaron a investigar sobre este tema se encuentran Barlett y Piaget, quienes utilizaron el concepto de esquema para referirse a aquellas estructuras cognitivas que conforman y

¹² BECK, A. FREEMAN, A y Cols. Op. Cit.

¹³ DATTILIO, F. Y PADESKY, C. Op. Cit.

atribuyen significados a los hechos; estos estudios constituyeron la base que permitió esclarecer su función, determinando que para que exista una buena comprensión debe existir un previo conocimiento del mundo en la memoria del sujeto¹⁴.

Los esquemas hacen referencia a la organización estructural del pensamiento y también son conocidos como patrones cognitivos relativamente estables y que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones sobre un conjunto situacional específico. Además son la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con el que se enfrenta el individuo de manera que categoriza y evalúa las experiencias mediante una matriz de esquemas¹⁵.

Los esquemas cognitivos por ser estructuras que integran y dan significado a los diferentes hechos, poseen además, actividades estructurales que los caracterizan, como son: (a) *Capacidad informacional*: la cual se refiere a la amplitud de los esquemas, ya que estos pueden ser reducidos, discretos o amplios; (b) *Flexibilidad o Rigidez*: en donde está inmersa su capacidad para ser modificados; (c) *Densidad*: se refiere a su preeminencia relativa en la organización cognitiva; y (d) *Nivel de Activación o Valencia*: estos se pueden encontrar latentes o hipervalentes, de tal modo que cuando su condición es de latente estos esquemas no participan en el procesamiento de la información y cuando están activados canalizan el procesamiento cognitivo desde las primeras etapas que van desde la recepción de un estímulo hasta la etapa final con la respuesta dada por el individuo¹⁶.

6.1.1.1. Ventajas y desventajas de los esquemas

Teniendo en cuenta que el contenido esquemático es aprendido, la configuración de los esquemas y por ende el auto concepto se desarrolla y

¹⁴ DE VEGA, Manuel. Introducción a la Psicología Cognitiva. Alianza Psicológica. 1994

¹⁵ BECK, A. Y Cols 1983. Op. Cit.

¹⁶ BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

estructura junto con las experiencias biográficas y semánticas en las cuales el sujeto forma parte activa en la construcción de conceptos, teorías e interpretaciones propias de acuerdo al tipo de información que recibe¹⁷.

Los esquemas poseen un carácter multifuncional, según lo menciona De Vega¹⁸, éstos guían el proceso de comprensión, percepción visual, memorístico, de recuperación de textos y por último controlan el comportamiento del individuo, permitiendo establecer y planificar acciones de manera adecuada de acuerdo al contexto en el que se encuentre.

Sin dejar a un lado la importancia de la función adaptativa de los esquemas al medio social mediante el canal cognitivo, afectivo y comportamental, se han podido identificar claras ventajas y desventajas de los mismos.

1. *Ventajas:* si el esquema no existiera el ser humano debiera responder a cada estímulo como si fuera totalmente nuevo, no sería posible reconocer semejanzas y diferencias con otros eventos ya experimentados, además la información no tendrá significados si no se analiza dentro de un contexto cognitivo para su interpretación. Así mismo, permiten determinar qué información debe ser atendida, y cual ignorada, a través del proceso de atención, decodificación y comprensión de la información, haciendo que el proceso de resolución de problemas se lleve de manera más rápida. Además permite llenar vacíos en la información y posibilita el proceso de toma de decisiones de manera que se realice dentro de un contexto de más confianza¹⁹.

2. *Desventajas:* según Trabaso, Rollins y Shaughnessi²⁰, los esquemas tienden a mantener su consistencia ya que es menor el gasto para el sistema confirmar que desconfirmar las creencias; los individuos tienden a apegarse a sus creencias ya que se recupera o se ve solo la información que conviene para mantener la consistencia del esquema. Todo proceso cognitivo identifica

¹⁷ BECK, A. Y FREEMAN, C. Citados por RISO, Walter. 1992. Op. Cit.

¹⁸ DE VEGA, Manuel. 1994. Op. Cit.

¹⁹ HOLLON. Y KRISS. Citados por RISO, Walter. 1992. Op. Cit.

²⁰ TRABASO, ROLLINS, y SHAUGHNESSI. Citados por RISO, Walter. 1992. Op. Cit.

evidencia para confirmar las creencias, utilizando por lo menos dos estrategias las cuales están presentes dentro de los errores cognitivos, estas estrategias son: (a) *sesgos confirmatorios*: mediante los cuales se manipula la información convirtiendo la evidencia a favor de las creencias a pesar de la evidencia en contra; y (b) *profecías auto realizadoras*: las cuales se adaptan al comportamiento tratando de modificar el medio de tal forma que coincida con las predicciones o creencias que por lo general son desfavorables para el individuo, estas estrategias tienden a mantener las estructuras de conocimiento existentes. Cuando se presenta una información discrepante, sólida y evidente el esquema reestructura la nueva evidencia aunque se inclina por organizar la información con la tendencia a mantener su estabilidad interna. Los esquemas bien sean disfuncionales o no, se relacionan entre sí para responder a diversas situaciones, actuando como un principio que define el modo dominante de pensar y actuar²¹.

6.1.1.2. Contenido de los esquemas

Los conocimientos que un individuo recibe y percibe de su medio son diversos y amplios de acuerdo a su misma complejidad, esta información se representa a través de los esquemas, considerados como estructuras propias de la mente y que se componen a su vez de contenidos específicos, denominados creencias, reglas y pensamientos, los que determinan el tipo de pensamiento, de afecto y conducta. Es así como el contenido de la memoria humana se organiza parcial o totalmente en esquemas²².

6.1.1.2.1. Creencias Centrales

Hacen referencia a ideas fundamentales y profundas acerca del sí mismo y su relación con el medio, que no se pueden expresar fácilmente, sino que para su identificación es necesario un proceso psicoterapéutico. Se constituyen en el

²¹ Ibid. p 62

²² BECK, Judith. 2000. Op. Cit.

nivel más esencial de las creencias que conforman un esquema; son globales, rígidas y tienden a generalizarse, es por ello que las personas las consideran como verdades absolutas²³.

El desarrollo de estas creencias tiene su origen desde la primera etapa de la infancia, a través de la relación que el individuo establece con su medio y con las personas más cercanas a él. Dependiendo del aprendizaje y tipo de información obtenida del medio, se generan creencias positivas, como por ejemplo: “puedo controlar las situaciones”, “puedo llevar a cabo eficazmente la mayor parte de las cosas” “puedo agradar”, etc, y/o negativas, las cuales generalmente surgen en situaciones que resultan estresantes para el individuo. La manera como se activan estas creencias centrales negativas se relaciona con la facilidad que tiene un sujeto para procesar la información que las sustenta, sin reconocer aquella información más objetiva que la puede refutar.

Estas creencias se pueden clasificar en tres categorías, a saber : (a) *En el terreno del desamparo*: en este nivel se identifican ideas en relación al desamparo personal y la dificultad en la obtención de logros, los cuales se convierten en mantenedores de la falta de autoridad, la vulnerabilidad, tendencia al encierro, sentimientos de inferioridad, debilidad, dependencia y falta de respeto hacia sí mismo, por ejemplo: “soy incapaz”, “soy inútil”, soy incompetente” “no me respetan” “soy inferior a los demás”, etc.; (b) *La incapacidad de ser amado*: aquí se incluyen temas como la desvalorización que lleva a adoptar la creencia de no ser digno de ser deseado y la inferioridad en cuanto a ser defectuoso en algún aspecto, lo cual impide el amor y cuidado de los demás. Por ejemplo: “no soy normal”, “no me quieren”, “soy inferior”, “me quedaré solo”, etc.; y (c) En esta última categoría se ubican aquellas creencias que cumplen con las características de las dos anteriores²⁴.

6.1.1.2.2. Creencias Intermedias

²³ Ibid. p. 34.

²⁴ Ibid. p. 205

Son generadas por las creencias centrales sin poseer su misma rigidez , pero sin ser tampoco tan maleables como los pensamientos automáticos a los que dan origen. Se refieren a actitudes, reglas y presunciones a menudo no expresadas, que influyen en la forma de evaluar una situación, y la vez en el modo como piensa, siente y se comporta un individuo.

Beck²⁵, considera que el terapeuta puede identificar las creencias intermedias, mediante estrategias como: (1) Reconocer las creencias que se presentan como pensamientos automáticos, (2) Proporcionar la primera parte de una presunción, (3) Preguntar directamente sobre una regla o una actitud, (4) Usar la técnica de la fecha hacia abajo, (5) Analizar los pensamientos automáticos de un paciente, en busca de temas comunes, y (6) Revisar un cuestionario sobre creencias que el paciente ha respondido.

6.1.1.2.3. Pensamientos Automáticos

Se constituyen en el nivel más superficial de la cognición, definiéndose como aquellas palabras e imágenes que pasan por la mente de una persona, de manera breve y veloz, como una actividad de rápida evaluación de un evento determinado. Los pensamientos automáticos negativos distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad que tiene una persona para alcanzar sus objetivos, debido a su brevedad el individuo presenta mayor conciencia de la emoción que surge, que del pensamiento mismo²⁶.

Las emociones experimentadas por los individuo ante la evaluación de una situación determinada, están directamente conectadas con los pensamientos automáticos, puesto que éstos pueden presentarse antes, durante y/o después

²⁵ Ibid. p. 35

²⁶ BECK, A. WRIGHT, F. NEWMAN, C. Y LIESE, B. Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona. Paidós. 1999

del evento; además estos pensamientos se pueden evaluar según su validez y su utilidad. De acuerdo a ello, es posible identificar tres tipos de pensamientos automáticos, como son: (a) Los que están distorsionados de alguna manera y se producen pese a que exista evidencia objetiva que indique lo contrario, (b) los que son adecuados, y de los cuales el paciente extrae conclusiones distorsionadas, y (c) Los que son correctos, pero, decididamente disfuncionales, cuando generan angustia y disminuyen la motivación²⁷.

6.1.1.3. Tipos de Esquemas

De acuerdo a la experiencia personal dentro del grupo y contexto social en el que se desenvuelva un individuo, desarrolla un patrón cognitivo relativamente estable, que le permite adaptarse a una determinada situación, según De Vega²⁸ estos esquemas se categorizan de la siguiente manera:

1. *Esquemas visuales o marcos*: los cuales intervienen en los procesos visuales cotidianos que representan información básica desde cualquier punto de vista y le permiten al individuo generar expectativas que le facilitan la comprensión de la experiencia visual.

2. *Esquemas situacionales*: estos intervienen en el ámbito convencional, mediando el proceso de comprensión en relación con lo que se encuentra explícito. Estos esquemas se componen de personajes, objetos o acciones relacionadas con experiencias previas y proporcionan información acerca de patrones de conducta aceptados dentro de una situación convencional.

3. *Esquemas Sociales*: dado que los esquemas poseen una dimensión socio-cultural, gran parte de nuestro conocimiento del mundo sucede gracias a los contactos y contenidos interpersonales. Los esquemas sociales se componen por: los *esquemas genéricos* o prototipos los cuales se refieren a

²⁷ BECK, Judith. 2000. Op. Cit.

²⁸ DE VEGA, Manuel. 1994. Op. Cit.

las impresiones que tenemos de alguien; y *los temas*, los cuales son la base para que el individuo asuma conductas o metas de acuerdo a la comunidad o sociedad a la cual pertenece, dentro de este tipo de esquemas se encuentran las ideologías que el individuo posee.

4. *Esquemas de Dominio*: Kitch y VanDijk²⁹ (citados por De Vega, 1994) se refieren a estos como los responsables de guiar la comprensión y producción de un determinado tema de acuerdo a la situación y contexto en la que el individuo tenga que dirigirse.

6.1.1.4. Esquemas de Auto concepto

Son muchos los autores que han brindado una aproximación teórica con relación a este término. Papalia y Wendkos³⁰, proponen que el autoconcepto es aquello que la persona cree de sí misma, es la imagen general de sus habilidades y características y es un proceso que se inicia desde los primeros años de vida.

De igual forma, Orrego y Tenorio³¹ lo definen como el concepto que tiene una persona sobre sí mismo, sus sentimientos de adecuación e inadecuación y cómo piensa que la ven los demás.

De Vega³², afirma que es el conocimiento muy articulado sobre sí mismo, sus destrezas y habilidades, sus logros y fracasos, sus preferencias, temperamento, etc.

De este modo encontramos diversas definiciones del término Auto concepto las cuales podemos encontrar también como Auto esquema o concepto de sí

²⁹ KITCH, y VANDIJK. Citados por DE VEGA, Manuel. 1994. Ibid. p. 397

³⁰ PAPALIA, D. Y WENDKOS, S. 1997. Op. Cit.

³¹ ORREGO y TENORIO. Citados por LOPEZ, C. Y MAYA, J. 2000. Op. Cit.

³² DE VEGA, Manuel. 1994. Op. Cit.

mismo. Por ejemplo Winfree y Golfrie³³ definen como auto esquema a la organización de la información interna y externa aplicada a sí mismo, siendo el punto de partida del proceso afectivo y cognitivo. Dentro de la formación del auto esquema, las generalizaciones cognitivas, que se derivan de sus propias experiencias, influyen de manera determinante en el proceso de información autoreferencial.

Beck, Freeman y cols.³⁴, se refieren a este concepto como las creencias que dan forma a las interpretaciones personales, como el sistema instrumental que inicia la acción y como el sistema de control que conduce las anticipaciones que facilitan o inhiben las acciones.

El auto concepto se desarrolla desde la infancia a través de todo el proceso de socialización. Gracias a la evolución cognoscitiva lograda a través de la niñez intermedia, los niños pueden desarrollar conceptos reales de "SÍ MISMO" a través de la autodefinición que es el momento en el que el niño identifica aquellas características que considera importantes para describirse como persona. Ya hacia los cuatro años de edad, el ser humano piensa en sí mismo en términos externos y a partir de los seis y siete años comienza a definirse en términos psicológicos. En esta etapa se desarrolla el concepto de lo que le gustaría ser, es decir su "YO IDEAL", pero como aún su pensamiento se encuentra en la forma de "todo o nada" por lo general se presentan dificultades en el reconocimiento de su "YO REAL" y la diferenciación entre estos dos, definiéndose a sí mismo como un modelo de virtudes y habilidades³⁵.

En la terapia cognitiva para identificar el autoconcepto de un paciente, el terapeuta se basa en la información que recoge en el proceso psicoterapéutico, con las descripciones dadas por el paciente en relación a una variedad de

³³ WINFREE y GOLFRIE. Citados por RISO, Walter. 1992. Op. Cit.

³⁴ BECK, A. FREEMAN, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

³⁵ PAPALIA, D. y WENDKOS, S. 1997. Op. Cit.

situaciones, para inferir el autoconcepto, las reglas y fórmulas que sigue en su vida³⁶.

El autoconcepto puede tomar las dos posiciones extremas: totalmente positivo o totalmente negativo. Cuando esto sucede, el individuo presenta dificultades en el proceso adaptativo y funcional a aquellas situaciones que su medio le ofrece; es por ello que una adecuada descripción de sí mismo debe ser de carácter preciso, equitativo y soportante, sin que se aparte de la verdad, reconociendo las debilidades, pero identificando a la vez una posibilidad de superación o mejora. De igual modo es indispensable reconocer características y cualidades personales, que hacen parte innegable de su identidad, y que se pueden observar en las principales áreas de desempeño, de acuerdo al contexto en el que se desenvuelva³⁷.

Entre las principales áreas de desempeño de un individuo, en que es posible evaluar su autoconcepto, se encuentran las siguientes:

1. *Área Afectiva*: Todo ser humano tiene cierto grado de capacidad afectiva o tono emocional, que se manifiesta por expresiones corporales observables por los demás; los afectos específicos son sentimientos negativos o positivos expresados hacia un objeto, situación o persona, que acompañan a su vez a una idea, representando sentimientos de amor, odio o celos. En la vida adulta este afecto es más significativo a nivel de la pareja, sin negar la importancia del mismo hacia resto del grupo familiar. Es por ello que dentro de la evaluación del autoconcepto dentro del área afectiva, se abordan temas como dependencia, posesividad, expresión de afecto, comunicación, resolución de conflictos, entre otros; con el fin de obtener una idea acerca de la imagen de sí mismo, que tiene un individuo dentro de su dinámica de pareja³⁸.

³⁶ BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

³⁷ MCKAY, M. y FANNING, P. Autoestima: Evaluación y mejora. Barcelona. Martínez Roca. 1991.

³⁸ ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA. Barcelona. Océano. 1998.

2. *Área Familiar:* en esta categoría se tiene en cuenta que al pertenecer a un grupo familiar, se comparte necesariamente un vínculo o relación afectiva que genera en cada uno de los miembros de la familia un sentido de pertenencia al grupo primario de apoyo (familia) y por ser el primer ente socializador y primer formador de creencias acerca del sí mismo en todo individuo; para el reconocimiento del autoconcepto se evalúan: (a) procesos comunicativos; (b) establecimiento de normas; (c) oportunidades brindadas para el desarrollo emocional, social, académico y creativo que el grupo familiar facilite a cada uno de sus miembros; y (d) cómo se ve el individuo en cada uno de los roles que desempeñe dentro de la dinámica de familia, como madre/padre, esposa (o), hijo (a), hermana (o)³⁹.

3. *Área Social:* teniendo en cuenta que es dentro de la sociedad en donde se aprenden normas y roles, fundamentales para la interacción del individuo en comunidad y grupo; la evaluación del autoconcepto en esta área se centra al reconocimiento que hace el individuo en los aspectos que posee para relacionarse con los demás, abordar procesos comunicativos y asertivos, en la forma de expresarse, pedir lo que desea, responder a la crítica y, en general, si se siente a sí mismo como un participante igual, valioso y activo en sus relaciones interpersonales, con el grupo social al cual pertenece⁴⁰.

4. *Área Laboral:* Se refiere al desempeño que una persona tiene en un trabajo o rol; en el que se incluyen aquellas actividades que implican algún tipo de responsabilidad, dedicación, productividad y prestación de servicios. Se centra en las creencias que el individuo posee de sí mismo, en relación al tipo y contenido del trabajo, condiciones laborales, satisfacción o insatisfacción con horarios laborales, remuneración, días de descanso y relaciones interpersonales⁴¹

³⁹ INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR Y FUDESCO. Programa de Educación para Padres de Familia de los Hogares Comunitarios de Bienestar. Santa fe de Bogotá. Silit. 1995

⁴⁰ MC KAY, M. Y FANNING, P. 1991. Op. Cit.

⁴¹ CORBELLA, Joan. Descubrir la Psicología. Cuadernos sobre el comportamiento Humano. Barcelona. Folio. 1994

6.1.2. Técnicas de evaluación utilizadas por la Terapia Cognitiva

Las técnicas de evaluación que se utilizan en la Terapia Cognitiva, tienen por objeto influir sobre el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo del paciente. A juicio de Beck y Cols⁴², las técnicas cognitivo-conductuales, más empleadas por esta terapia, son:

a) *El Cuestionamiento Socrático*: Por medio de ésta técnica, el terapeuta analizará con el paciente aquellos pensamientos disfuncionales, y con la autopercepción y autoevaluación se le permite determinar claramente su desempeño en relación al problema manifestado. La autopercepción simplemente representa la observación de sí mismo, la autoevaluación implica formular juicios sobre el propio valor, los cuales pueden ser buenos o malos, esto en el continuo análisis de creencias y pensamientos, para que sea capaz de desarrollar una respuesta adaptativa adecuada.

b) *Dramatización Racional-Emocional*: También conocida como “Técnica de Punto y Contrapunto”, es manifiesta su utilidad cuando el paciente refiere que racionalmente se da cuenta de que la creencia es disfuncional, pero que emocionalmente o visceralmente la sigue sintiendo como verdadera. Consiste en llevar a cabo una dramatización en la cual el paciente representará la parte “emocional” de su mente que se adhiere fuertemente a la creencia irracional, mientras que el terapeuta representará la parte “racional”, posteriormente se intercambian los papeles y en ambos segmentos, tanto el terapeuta como el paciente representan al paciente mismo y en el diálogo de la dramatización utilizan la palabra “yo”.

c) *Formularios de Creencias Centrales*: Estos formularios ayudan al paciente a reconocer la existencia de puntos intermedios, a través de la modificación de pensamientos automáticos y de creencias que evidencian un

⁴² BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

pensamiento polarizado, es decir, cuando el paciente evalúa una situación en términos de todo o nada.

d) *Uso de Imágenes Mentales:* Conocida esta técnica también como imaginería, se enfoca a enseñar al paciente a identificar sus imágenes espontáneas y cómo realizar intervenciones terapéuticas tanto sobre las imágenes espontáneas como sobre las inducidas, ya que muchos pensamientos automáticos no sólo se experimentan en forma de palabras o frases, sino que también lo hacen en forma de imágenes o fotografías mentales.

e) *Listado de Ventajas y Desventajas de las Creencias:* Es una técnica altamente útil, puesto que le permite al paciente obtener una visión más precisa, objetiva y equilibrada acerca de aquellas creencias irracionales que le generan o mantienen estrategias desadaptativas, además se complementa con la utilización del método socrático, ya que el terapeuta se esfuerza por minimizar o descartar las ventajas y enfatizar y reforzar las desventajas presentadas.

f) *Las Comparaciones Funcionales de uno mismo y las Afirmaciones Personales:* Se emplean cuando el paciente presenta una tendencia a desvalorizar informaciones positivas con respecto a sus capacidades reales y en cambio procesa la información de sí mismo de una manera negativa, captando sólo elementos y experiencias negativas que le refuerzan sus creencias negativas y además hace uso de continuas comparaciones disfuncionales con otras personas. Esta técnica consiste en permitirle al paciente observar que su atención negativa selectiva y las comparaciones que establece de forma negativa son disfuncionales. Posteriormente se le enseña a formular comparaciones funcionales y a mantener una afirmación personal más real.

g) *Los Experimentos Conductuales*: Hacen parte del complemento conductual y de análisis cognitivo de la terapia, puesto que permiten al paciente comprobar la validez de sus pensamientos y creencias disfuncionales, se hace posible su evaluación y puesta en práctica puesto que se pueden realizar dentro o fuera del consultorio, esto último con las tareas para el hogar, siempre con la colaboración del terapeuta, en el establecimiento y seguimiento de los pasos a realizar para esta actividad, como: (a) El paciente expresa una predicción negativa y el terapeuta le propone evaluarla durante la semana; (b) De común acuerdo se decide cómo, cuándo y dónde se efectuará la comprobación. Cuando el terapeuta considere necesario, sugiere cambios para aumentar la probabilidad de éxito, y (c) El terapeuta pregunta al paciente cómo será su reacción en caso de que el experimento confirme sus temores, para poder diseñar de antemano una respuesta.

h) *La Flecha hacia Abajo*: Es una técnica efectiva en la terapia, puesto que permite al paciente descatastrofizar un pensamiento, mediante la posibilidad de reevaluar y modificar aquellos pensamientos catastróficos; ésta técnica considera que, al preguntarle a un paciente qué significa para él un pensamiento, por lo general hace que se manifieste una creencia intermedia, y las preguntas y cuestionamientos sobre esa creencia intermedia ponen al descubierto una creencia central. A todo este proceso se denomina flecha descendente o hacia abajo, puesto que intentando sondear significados más profundos se puede llegar fácilmente al esquema nuclear⁴³.

6.2. INCIDENCIA CULTURAL EN EL DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO

Para el desarrollo integral del ser humano y en especial de su área cognitiva, es indispensable la influencia cultural del grupo social al cual pertenece, puesto que la cultura es el resultado de la adaptación humana, un instrumento mediante el cual el hombre se define, determina y elige la dirección de su

⁴³ BECK, Judith. 2000. Op.Cit.

historia. Es por ello que en relación a los procesos de desarrollo cognitivo, se encuentra una fuerte influencia de la cultura, tanto en la estructuración de la sensación y la percepción individuales, como en la constitución de modalidades específicas para la estructuración de conceptos y resolución de problemas⁴⁴.

Dentro de la influencia cultural se encuentran múltiples factores de carácter colectivo e individual, como son los ecológicos, económicos, sociales, de crianza, etc., los cuales inciden en la formación de la personalidad del individuo y en especial de su estructuración cognitiva, condición que hace posible que todo grupo de individuos, al pertenecer a un mismo contexto cultural, compartan un sistema simbólico y una estructura común para su función cognitiva, dicha estructura se la denomina "*Estilo Cognitivo*", la cual integra toda la personalidad individual, incluyendo no solo aspectos cognitivos, sino sociales y afectivos de la misma⁴⁵.

La información cultural es recibida por el individuo a través de las diferentes instituciones que conforman el grupo social al cual pertenece, por ejemplo: la familia, la escuela, el grupo de iguales y los medios masivos de comunicación.

La familia como principal ente socializador del individuo, aporta en gran medida a la formación de los esquemas cognitivos, ya que proporciona los primeros contactos con las normas sociales, mediante pautas de crianza y la formación de roles genéricos. De esta manera los comportamientos y actitudes de los padres hacia los hijos e hijas, durante todo el proceso de crianza, influirán directamente en la formación del autoconcepto, es decir, el punto de vista que los niños y futuros adultos tienen de sí mismos, sus gustos, actividades y rasgos de su propia personalidad⁴⁶.

⁴⁴ HEDERICH, C. CAMARGO, A. GUZMÁN, L. Y PACHECO, J. *Regiones Cognitivas de Colombia*. Universidad Pedagógica Nacional. Santa fe de Bogotá. Grafemas. 1995.

⁴⁵ CARRETERO, Y PALACIOS. Citados por HEDERICH, C. Y Cols. 1995. Ibid. p. 39.

⁴⁶ PAPALIA, D. Y WENDKOS, S. 1997. Op. Cit.

En Nariño, la estructura familiar se compone de la combinación de la autoridad patriarcal (herencia cultural de la estructura familiar española), con el sistema de autoridad matriarcal (herencia de la estructura familiar indígena); de este modo el patriarcalismo es relativamente debilitado en esta parte de la zona andina, debido a la activa participación de la mujer en el campo económico dentro del hogar. Esto le ha permitido tomar parte activa en muchas decisiones en el grupo familiar, especialmente en lo relacionado con la crianza de los hijos.

En cuanto al padre pasa a ser una figura presente en la crianza de los hijos generalmente después de los primeros años de vida, ejerce una autoridad establecida en el orden moral con un control familiar del comportamiento individual de manera fuerte y severa, dirigido hacia el mantenimiento de la moral, dado por los principios religiosos del catolicismo, especialmente en la formación de las mujeres.

Cabe destacar que, a pesar de la participación activa de la mujer en la toma de decisiones referente al grupo familiar, no se le permite compartir el mismo estatus de autoridad que el hombre, debido a que su participación está subordinada a la autoridad patriarcal⁴⁷

La escuela y el grupo de iguales le posibilitan al individuo entrar a formar parte de un grupo social más amplio, encontrándose con normas de convivencia diferentes a las de la familia, en donde la autoridad representada por el maestro o profesor, combinada con la posibilidad de elegir libremente compañeros de juego, amigos y equipos de trabajo, le brindan la posibilidad de empezar a formar una imagen de sí mismo. Este contacto social, las actitudes de los otros y de sí mismo frente a ellos, le permiten al sujeto construir una imagen más clara de sus dotes, actitudes, capacidades y limitantes.

En el ambiente escolar el individuo tiene que hacerse valer por sí mismo, demostrando sus destrezas, opiniones y hasta exponerse al rechazo de sus

⁴⁷ GUTIERREZ, Citado por HEDERICH, C. Y Cols. 1995. Op. Cit.

compañeros, contrario al medio familiar en donde generalmente o en la mayor parte de los casos, él es el centro de atención; este ambiente escolar y la relación con el grupo de iguales le permite formar y consolidar sus potencialidades a través de las normas y valores de sí mismo, los cuales aportarán notablemente a la formación de su autoconcepto⁴⁸.

Los medios masivos de comunicación como la televisión, radio, revistas, etc., se constituyen en otra fuerte influencia para las personas en la construcción del sí mismo; esto a través de los estereotipos de género presentados por estos medios. La televisión es uno de los medios que más estereotipos genéricos presenta a través de sus imágenes publicitarias, novelas y películas; la imagen de los hombres es de dominio, poder o autoridad por lo que son más agresivos, activos y competentes que las mujeres; las telenovelas de nuestro medio muestran una imagen femenina de pureza, fragilidad y sufrimiento.

Los estereotipos genéricos observados desde los primeros años de vida a través de cuentos de hadas, se ven continuamente reforzados con las telenovelas, películas y canciones populares que constantemente recuerdan la fragilidad y amor sacrificado de la mujer que espera la valentía y heroísmo del hombre en aras de un verdadero amor. Así, la teoría del aprendizaje social señala que aquellos niños que tienen más contacto con la televisión y otros medios de comunicación tienen una mayor disposición a imitar los modelos observados y estarán más tipificados por el género⁴⁹.

6.3. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para conceptualizar sobre la violencia intra familiar, primero debe hablarse de familia, entendida ésta como un grupo social que se encuentra unido por vínculos de parentesco biológico, jurídico o de adopción, en el cual se desarrolla un basto número de relaciones interpersonales de orden afectivo,

⁴⁸ PAPALIA, D. Y WENDKOS, S. 1997. Op. Cit.

⁴⁹ Ibid. p. 379.

económico y de convivencia y que además adquieren un compromiso mutuo para satisfacer necesidades físicas y emocionales a término indefinido⁵⁰.

Además, la familia se ha considerado como un referente para sus miembros al compartir valores, reglas de convivencia, ideales y responsabilidades sobre la satisfacción de necesidades básicas, a través del afecto, cariño y comprensión, para lograr el desarrollo integral de sus miembros. Sin embargo, dentro de la vida cotidiana, en los diferentes medios socioculturales, se habla de violencia intrafamiliar, puesto que no siempre éstas necesidades se ven satisfechas de acuerdo a las expectativas sociales y personales, de tal manera que muchos miembros de la familia perciben que sus necesidades básicas, afectivas, emocionales y de realización personal no han sido satisfechas e incluso algunas veces han sido amenazadas, atentando contra su bienestar físico y psicológico.

6.3.1. Violencia Conyugal

De acuerdo a los protagonistas de los actos violentos dentro del contexto familiar se observa que es a nivel de pareja en donde se presenta una mayor incidencia de éstos actos, dando paso a un patrón de interacción que lesione la integridad física mediante agresiones que implican: (a) un contacto corporal con empujones, cachetadas, golpes con diversos objetos, entre otros; (b) emocional o psicológico a través de gritos, insultos, chantajes, amenazas, prohibiciones, etc; y (c) sexual con actos que van en contra de la dignidad sexual de uno de los miembros que conforman la pareja⁵¹.

Además se establecen relaciones de poder y subordinación que vulneran el derecho a la vida, autonomía e integridad del individuo; atentando contra el

⁵⁰ POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR "HAZ PAZ". Compendio normativo y Diccionario. Versión Interdisciplinaria. Violencia Intrafamiliar. Vol. 1. Santa fe de Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2000.

⁵¹ DEFENSORIA DEL PUEBLO. Mecanismos de Protección de la Mujer Víctima de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Santa fe de Bogota. 1995.

vínculo afectivo y relacional establecido por sus miembros para el desarrollo de su proyecto vital común, ya que teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo de las personas y la influencia cultural, se crean necesidades y expectativas en cada una de las partes, exigiéndolas de manera implícita o explícita a su compañero(a)⁵².

Teniendo en cuenta las estadísticas suministradas por la Comisaría de Familia seccional Pasto, en lo referente a Violencia Conyugal, durante el primer período de 2.001 se presentaron 132 denuncias, en las que la mujer era la víctima más frecuente; sin embargo el hombre también puede ser víctima, ya que este patrón de interacción violenta se puede presentar tanto de hombres a mujeres, de mujeres a hombres, o entre sí⁵³.

6.3.1.1. Tipos y Manifestaciones de Violencia Conyugal

Por lo general, la violencia conyugal es reconocida popularmente tan sólo por sus manifestaciones físicas, las cuales son una forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física, no accidental, mediante cachetadas, empujones, patadas y hasta con la utilización de objetos como correas, cigarrillos, cuchillos, palos, machetes, entre otros; presentándose consecuencias leves o graves que pueden llegar hasta la muerte⁵⁴.

Sin embargo dentro de ésta dinámica se identifican dos tipos más de violencia entre la pareja, los cuales pueden ser igualmente perjudiciales para la integridad de los afectados ya que generan efectos traumáticos de orden psicológico y emocional.

⁵² GOBERNACIÓN DE NARIÑO Y Cols. V Encuentro Departamental de Educación Sexual. Por la Afectividad. San Juan de Pasto. La Castellana. 2001.

⁵³ CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN. CAJANAL. Convivencia Familiar, un nuevo despertar. Santa fe de Bogotá. Imprenta Nacional. 1998.

⁵⁴ DEFENSORIA DEL PUEBLO. 1995. Op. Cit.

Es así que se reconoce como *Violencia Psicológica* a la agresión producida al desarrollo de la vida afectiva, que genera conflictos, frustraciones y traumas de orden emocional, de forma temporal o permanente, ejerciéndose mediante la utilización de palabras soeces, amenazas y ridiculizaciones como forma habitual de expresiones, sometiéndolas a encierros que las alejan de la familia y círculo de amigos, impidiéndoles el acceso a estudio, trabajo o recreación, con celos excesivos que limitan su movilidad⁵⁵

Las amenazas de abandono, arrebatos de hijos e hijas, de quitar el apoyo económico, entre otros, producen en la mujer miedo y angustia, que al no saber cuándo se harán efectivas, le generan inestabilidad en tres ejes importantes de su identidad como son: la relación de pareja, relación con sus hijos e hijas y el bienestar económico y social. Este tipo de violencia es el menos reconocido, en especial entre las mujeres más pobres, sin recursos, ni oportunidades laborales o educativas ya que estas expresiones forman parte del entorno cultural en el que se desenvuelven⁵⁶.

Otra de las variantes de la violencia conyugal es la denominada *Violencia Sexual*, en la cual se obliga a tener contacto físico de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales, mediante la fuerza, amenaza, chantaje, soborno, intimidación o cualquier otro medio que coarte o limite su voluntad; ésta se ejerce mediante el uso de frases dirigidas a menoscabar la honra y dignidad sexual, obligando a la mujer a realizar prácticas sexuales con las cuales no está de acuerdo, menospreciando su capacidad sexual, imponiendo determinados comportamientos sexuales y al mismo tiempo desconociendo sus necesidades y propuestas sexuales.

Dentro de estas manifestaciones cabe destacar que las características sociodemográficas juegan un papel importante en el desarrollo de este tipo de

⁵⁵ DEFENSORIA DEL PUEBLO. Su Defensor. Vol. 50. Santa fe de Bogotá. Imprenta Nacional. 1999.

⁵⁶ POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR "HAZ PAZ". Reflexiones sobre la Violencia de Pareja y Relaciones de Género. Violencia Intrafamiliar. Vol. 4. Santa fe de Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2000.

violencia, por ejemplo: su presencia va aumentando a medida que el nivel educativo disminuye; en cuanto al estado civil, el porcentaje es mayor en mujeres separadas o divorciadas, siendo ésta la posible razón de su ruptura; en cuanto a la zona demográfica, las mujeres pertenecientes a zonas urbanas tienden a denunciar más estos hechos que las mujeres pertenecientes a zonas rurales, lo cual no quiere decir que el índice sea mayor en las zonas urbanas, sino que las mujeres del sector rural no reconocen que una relación sexual no consentida es una violación y no uno de sus “deberes” de esposa⁵⁷.

Es pertinente entender que estas manifestaciones de violencia no se dan por separado sino que se interrelacionan y por lo general se dan de manera simultánea, ya que la violencia física implica no solo daño en el cuerpo, sino también a nivel de la salud mental del agredido. Así mismo, en la violencia sexual se presenta maltrato físico y psicológico, aunque este último se puede presentar de manera independiente y puede influir en el funcionamiento orgánico de la persona agredida.

El siguiente es el testimonio de “Nora” una mujer de origen rural víctima de violencia conyugal, el cual nos permitirá comprender la estrecha relación entre los tres tipos de violencia:

“...en cuanto a las relaciones sexuales, estoy con él porque me toca; a veces me manipula y amenaza con matarme si no tengo relaciones con él; a veces lo hago obligada, pocas veces llego al orgasmo, aunque finjo porque él está pendiente de mi satisfacción. El no respeta cuando quiero estar con él, que es casi nunca.... Me trata mal, utiliza palabras ofensivas, siempre me hecha la culpa de los disgustos, comparándome con las mujeres que se consigue en la calle, diciéndome que soy peor que ellas, que si lo hace es por culpa mía por estar celándolo a cada rato...”⁵⁸.

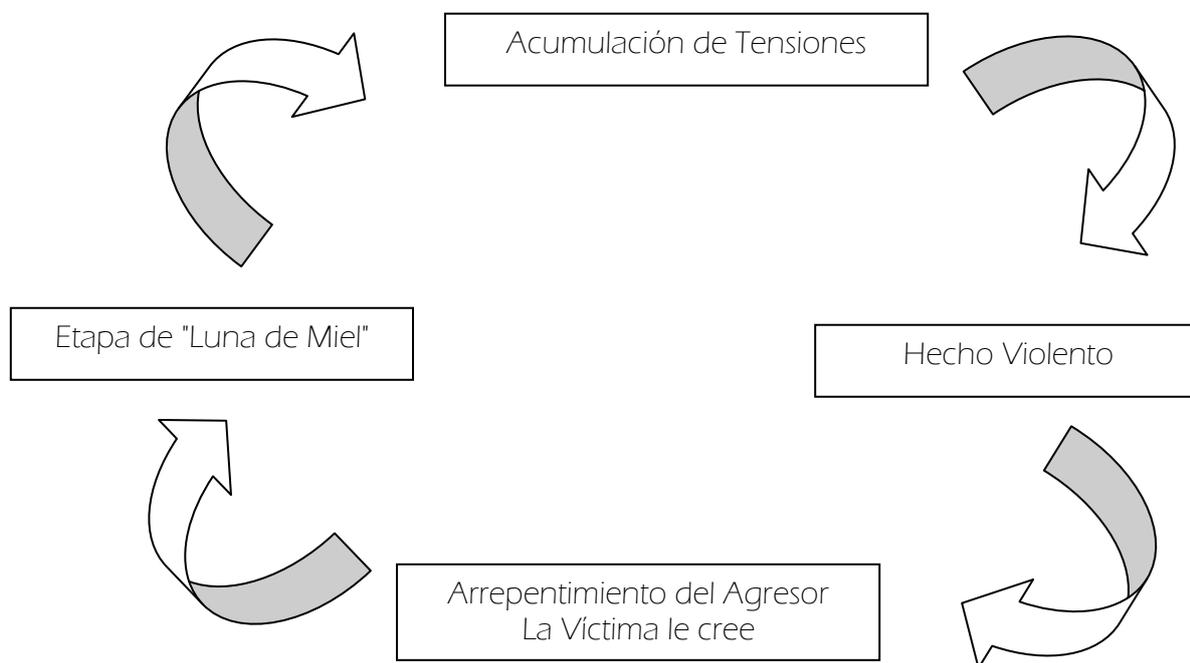
⁵⁷ Ibid. p. 62.

⁵⁸ Ibid. p. 63.

6.3.2. Ciclo de la Violencia Conyugal

Es a partir de la etapa del noviazgo que se puede presentar los primeros indicios sobre el futuro establecimiento de la violencia contra la pareja, a través de los celos excesivos y el deseo de control absoluto sobre la pareja, en esta investigación nos centraremos en la mujer como víctima de este ciclo, para la identificación de su autoconcepto en sus principales áreas de desempeño; sin embargo es importante reconocer que el hombre también es víctima de este tipo de violencia, hecho observable en las denuncias realizadas en la Comisaría de Familia, seccional Pasto⁵⁹.

Al establecerse este ciclo violento se generan en la mujer consecuencias psicológicas, relacionadas con el área cognitiva, como son los procesos de autoinculpación y personalización de pensamientos, lo cuales refuerzan su imposibilidad de romper o modificar este ciclo.



Gráfica 1. Etapas del ciclo de la violencia marital.

⁵⁹ COMISARIA DE FAMILIA. Seccional Pasto. Cifras Actualizadas sobre Violencia Intrafamiliar. 2001.

Con la acumulación de tensiones, producto de la vida cotidiana se da inicio a este ciclo en donde las pequeñas diferencias pasan a ser conflictos manifestados con reclamos y exigencias, imposibilitándose el establecimiento del diálogo, pero sí las imposiciones del agresor (ver figura 1). El máximo nivel de esta tensión se manifiesta de manera física en el hecho violento, acompañado de violencia psicológica, en un comienzo estas manifestaciones pueden ser: una cachetada o un empujón acompañados de gritos, posteriormente se incrementa la intensidad de las formas de expresar la explosión de tensiones. En seguida se presenta un arrepentimiento por parte del agresor, quien busca posibles explicaciones a dicha situación las que generalmente justifican e identifican a la mujer como provocadora del acto violento, quien por su parte asume la responsabilidad y cree en el arrepentimiento de su pareja.

De este modo se propicia el inicio del proceso de reconciliación, denominado como etapa de “Luna de Miel”, ya que se experimenta nuevamente aquella época donde priman los obsequios, detalles y una constante atención, propios de la etapa del enamoramiento. En las primeras oportunidades ésta puede ser de larga duración, con el paso del tiempo tiende a disminuir; luego vuelve a acumularse las tensiones, a manifestarse el hecho violento y se continúa con el ciclo de violencia marital; en el cual tras repetirse varias veces las promesas y el arrepentimiento por parte del agresor pierde credibilidad ante la mujer y es cuando son cambiadas por amenazas, presiones y chantajes afectivos. Este ciclo ha permitido la identificación de imaginarios culturales genéricos, los cuales actúan como dinamizadores y reforzadores de esquemas, conductas y afectos que contribuyen a su mantenimiento⁶⁰.

6.3.3. Prejuicios sobre la Violencia contra la Mujer

⁶⁰ FERREIRA, Graciela. Citada por DEFENSORIA DEL PUEBLO. 1995. Op. Cit.

Dado que es la mujer la víctima más frecuente dentro de la dinámica de la violencia conyugal, se ha podido establecer que factores como la pobreza y la insatisfacción de necesidades básicas, pueden incidir en la presencia y mantenimiento de conductas agresivas dentro de la pareja; sin embargo, no se constituye como su única causa, puesto que la violencia conyugal afecta a todas las mujeres del mundo, independientemente de su clase social, etnia, profesión, religión o nivel educativo⁶¹.

La violencia contra la mujer es definida como cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito privado como en el público⁶².

Alrededor de la violencia conyugal culturalmente se han generado prejuicios que justifican la presencia de este fenómeno y desculpabilizan al agresor cuando éste es de género masculino, estos prejuicios son expresados a través de refranes o dichos populares, los cuales llevan inmerso el mismo mensaje sin limite territorial alguno; es así como un proverbio inglés dice: “Un perro, una mujer y un nogal mientras más se los golpea, mejores son”.; un proverbio ruso dice: “ una esposa puede amar a un marido que no le pega, pero no le respeta”; y un latino dice: “el hombre que es hombre y macho y le pega a su mujer, deja de ser hombre y macho si no le pega otra vez”⁶³.

En nuestro medio es frecuente escuchar frases como: “Porque te quiero, te aporreo”, “a las mujeres les gusta que les peguen”, “el hombre tiene derecho de maltratar a su esposa, para eso es su marido”, “las violaciones se cometen en lugares oscuros y apartados y es imposible que una mujer sea violada por su marido”, “si una mujer dice NO, quiere decir SI”. La información manejada por medio de estos prejuicios es aprehendida por los integrantes de una sociedad, quienes los asumen como verdad sin llegar a cuestionarlos, convirtiéndose

⁶¹ HAZ PAZ. 2000. Op. Cit.

⁶² DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 1995. Op. Cit.

⁶³ FERREIRA, Graciela. Citada por HAZ PAZ. 2000. Op. Cit. P. 79.

muchas veces en el marco de referencia de hombres y mujeres para pensar y actuar⁶⁴.

Dentro de la formación de identidad genérica, culturalmente se encuentran prejuicios que unen con fuerza el amor y la violencia, los cuales llevan a asumir dentro de un determinado grupo cultural, la expresión de agresiones en una relación de pareja como una manifestación de cariño, convirtiendo a la violencia en una justificación del amor. Frente a esta realidad se cuestiona la dificultad que presenta la mujer para romper o salir del ciclo de violencia conyugal, a pesar de que actualmente se cuente con el apoyo jurídico del estado, llegando a suponer popular y erróneamente el gusto y /o placer que siente la mujer al ser maltratada por su pareja.

Una de las posibles explicaciones serían las mismas consecuencias presentadas por la mujer a razón de la violencia conyugal tales como: trastornos depresivos, baja autoestima, dificultad en la capacidad de toma de decisiones, además de la dependencia afectiva y económica hacia su pareja, la cual es reforzada por el grupo social mediante el ideal de una familia nuclear, el respeto y aprobación social que da el estar unida a una pareja estable⁶⁵.

Algunos argumentos referidos por mujeres con relación al fenómeno de la no denuncia de actos violentos hacia ellas por parte de su pareja, son los siguientes: consideran que los daños no fueron serios, temen perjudicar al agresor (esposo o compañero), creen que pueden solucionar el problema, presentan miedo a agresiones futuras, piensan que no volverá a ocurrir, consideran que la violencia es parte de la vida y creen que merecen estos abusos⁶⁶.

6.3.4. Efectos de la Violencia contra la Mujer

⁶⁴ Ibid. p. 81.

⁶⁵ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 1995. Op. Cit.

⁶⁶ PROFAMILIA. Citado por HAZ PAZ. 2000. Op. Cit.

Son múltiples los estragos que causa la violencia conyugal sobre la mujer, en especial sobre el área afectiva, ya que este ciclo violento genera un proceso de autoinculpación a través de errores cognitivos como la personalización, que la lleva al convencimiento de que todos los conflictos que terminan en agresiones por parte de su pareja, son causados por ella, de esta forma se refuerza la sensación de imposibilidad de acceso a un cambio en su relación de pareja. Sin embargo, se pueden encontrar otros efectos que son fácilmente identificables, mencionados anteriormente, como son los físicos, con fracturas, hematomas con diferentes grados de evolución, heridas, quemaduras, etc y psicosociales como baja autoestima, estados depresivos y/o ansiosos, aislamiento social, etc.

Así como los efectos físicos se verifican al observar cicatrices y hematomas de diferente grado de evolución, igualmente la mujer puede no presentar lesión alguna en su cuerpo. Muchas mujeres manifiestan alteraciones en su estado físico como intensos dolores de cabeza y musculares, anemia, cansancio generalizado, trastornos digestivos, fracturas, etc.

Dentro de los efectos psicosociales se encuentra que muchas de las mujeres víctimas de violencia conyugal presentan estados depresivos, baja motivación, incapacidad para evaluar hechos y tomar decisiones, inhibición ante la acción y pérdida de la autonomía; sus pensamientos son generalmente de abandono y desamparo; el aspecto psicológico más afectado es la autoestima; se inicia así en la mujer un proceso de desvalorización producto de la autoinculpación por la agresión de su compañero y la consecuente inseguridad que le genera el no tener control sobre su vida⁶⁷.

⁶⁷ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 1995. Op. Cit.

7. ASPECTOS METODOLOGICOS

7.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación del presente trabajo es de carácter *descriptivo-cualitativo* desarrollado a través de la técnica del *Estudio de Caso Clínico Único*, el cual se enfocó a la identificación del autoconcepto en una mujer que presentaba un cuadro clínico depresivo y además reportaba información de maltrato conyugal por parte de su compañero. Mediante éste proceso fue posible una mayor comprensión de la complejidad del caso en particular, facilitándose el reconocimiento de su singularidad, desempeño e interrelación con su contexto.

La investigación cualitativa mediante el estudio de caso único, de acuerdo a la naturaleza de la presente investigación, parte del principio de que cada individuo a través de su pensamiento construye y organiza su realidad de acuerdo a su particularidad; es por ello que uno de los objetivos de la investigación cualitativa es comprender algunos de los fenómenos sociales y humanos desde la perspectiva de los propios actores, sin pretender generalizar los resultados, ya que es pertinente entender cada realidad social y humana como fenómenos únicos, irrepetibles y dependientes de su propio contexto, el cual es interpretado por el sujeto o actor de acuerdo a sus atributos, valores, modo de ser, relacionarse, forma de ver el mundo y experiencias propias⁶⁸.

⁶⁸ USCATEGUI, Mireya. Investigación Cualitativa. San Juan de Pasto. Universidad de Nariño. 1999.

El estudio de caso resulta altamente enriquecedor en todo proceso de aprendizaje tanto en la formación profesional como personal, puesto que permite estudiar un evento, fenómeno, comunidad o persona como un sistema integrado, singular y complejo; a través de esta técnica se pretende comprender la manera cómo un individuo se vincula y desarrolla en su contexto.

El estudio de caso es llamativo para el interés investigativo por lo que el fenómeno a estudiar tiene algo de único y común a la vez, ofreciendo una información útil a través de una descripción profunda de la persona y brinda una imagen detallada del comportamiento y desarrollo de la misma⁶⁹.

Es por ello que el objetivo de la presente investigación va acorde con el de la técnica de estudio de caso, ya que pretende el reconocimiento de algo particular como es la identificación del autoconcepto en una mujer víctima de violencia conyugal, sin pretender la generalización de los resultados obtenidos. De igual manera el objetivo propuesto no va encaminado a la búsqueda de causales a un problema tan complejo como es la expresión de la violencia a nivel intra familiar, pero se considera que los resultados de esta investigación pueden servir de base para futuros estudios de tipo cualitativo y cuantitativo ya que todo proceso investigativo brindará una aproximación teórica y práctica al reconocimiento y comprensión del complejo fenómeno del desarrollo humano y en este caso el relacionado con el área cognitiva.

Beck, Freeman y cols⁷⁰, afirman que los estudios de caso único son de gran utilidad para la psicoterapia cognitiva, puesto que permite el refinamiento de planteamientos conceptuales y estrategias de intervención basados en la experiencia clínica.

⁶⁹ PAPALIA, D. y WENDKOS, S. 1997. Op. Cit.

⁷⁰ BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

7.2. Individuos de Estudio

La población con la cual se llevó a cabo esta investigación fueron en primera instancia, tres mujeres usuarias del servicio de consulta externa del Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de San Juan de Pasto, remitidas por psiquiatría por presentar cuadros clínicos depresivos, con antecedentes de violencia conyugal, en la cual se identificaron como víctimas. Sin embargo el proceso evaluativo e investigativo fue posible tan sólo en una de las pacientes, puesto que las dos mujeres restantes presentaron dificultades para la asistencia periódica a las sesiones programadas, debido al sitio de procedencia que se encontraba fuera de la ciudad.

7.3. Instrumentos

Como instrumentos de recolección y organización de la información se tuvo en cuenta:

1. *Historia Clínica psiquiátrica*: con la cual la paciente fue remitida desde psiquiatría, con el fin de tener una visión más amplia de los antecedentes personales y socio-familiares.
2. *Cuestionario de Violencia Conyugal*: el cual se aplicó con el fin de corroborar la información de violencia conyugal, permitiendo una identificación más objetiva de los tipos de violencia, frecuencia y /o cronicidad presentados entre la paciente y su pareja (Ver anexo A).
3. *Autoregistro diario*: dentro del proceso terapéutico se utilizó para la identificación y evaluación de pensamientos automáticos negativos y errores cognitivos presentados por la paciente en situaciones significativas relacionadas con las áreas: afectiva, laboral, familiar y social (Ver anexo C).

4. *Protocolos de cada sesión:* estos fueron utilizados para registrar pormenorizadamente la información obtenida en las diez sesiones que se llevaron a cabo con la paciente, para facilitar el análisis y consignación de la información se realizaron grabaciones, que fueron autorizadas por la paciente en un formato escrito (Ver anexo B).

Para el análisis de estos protocolos y de los cuestionarios aplicados se utilizó como técnica de validación, la "*triangulación de Investigadores*", la cual intenta explicar de manera más completa, la riqueza y complejidad del comportamiento humano, estudiándolo desde más de un punto de vista; esta técnica es la más empleada por la investigación cualitativa en aras de alcanzar una mayor credibilidad y objetividad de los hallazgos, ya que mediante la evaluación y retroalimentación de expertos en la materia se disminuye los sesgos naturales de un solo punto de vista en la evaluación de una realidad particular⁷¹.

En este caso, para determinar la validez de la información obtenida y analizada, los protocolos con el respectivo análisis de cada sesión y los formatos utilizados, fueron sometidos a la evaluación de cuatro expertos, entre ellos, tres profesionales de la psicología, quienes por su experiencia profesional en el campo clínico y educativo, permitieron una mayor objetividad y claridad en el análisis informacional y metodológico de la investigación; de igual modo se contó con la colaboración de un profesional en el campo de la psiquiatría, quien por su basta experiencia en el campo psicoterapéutico y por ser el profesional que remitió a la paciente, por ello fue posible llevar a cabo una intervención interdisciplinaria, con ella y su familia, enfocado hacia el proceso educativo, con el fin de modificar pensamientos y creencias inadecuadas en sus padres y la paciente, que se relacionan con la definición e implicación del diagnóstico retardo mental leve, además de propiciar espacios comunicativos sin agresiones, y en el trabajo individual con la paciente, la intervención psicoterapéutica se orienta al desarrollo de actitudes y comportamientos

⁷¹ STAKE, R. Investigación con Estudio de Casos. Madrid. Morata. 1998.

asertivos, habilidades sociales, expresión de sentimientos y la modificación de pensamientos automáticos y creencias intermedias negativas.

7.4. Fases de la Investigación

1. *Recolección de la Información:* Se realizaron once sesiones psicoterapéuticas con la paciente, con un promedio de duración de 45 minutos cada una, además fue necesaria la aplicación de la Prueba de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) en una de las sesiones, con el fin de corroborar el diagnóstico mencionado por la familia y por ella misma, acerca de su Retardo Mental Leve (RML), y por sugerencia del médico psiquiatra para descartar una de sus impresiones diagnósticas acerca de un posible RML.; dos de las sesiones se llevaron a cabo en Cámara de Gesell y las restantes en los consultorios de Consulta Externa del Hospital Mental Perpetuo Socorro.

2. *Organización y procesamiento de la información:* Posterior a la recolección de la información se dio paso a su organización de tal manera que fue posible evaluar, unificar y determinar el autoconcepto de la paciente, en sus principales áreas de desempeño; cumpliéndose así los objetivos propuestos para el desarrollo de esta investigación. Dentro de esta etapa se realizó la validación de la información obtenida, mediante la técnica de Triangulación de Investigadores, quienes brindaron una retroalimentación y aportes pertinentes, acordes al objetivo investigativo y junto con la conceptualización cognitiva y categorización de la información, fue posible alcanzar los objetivos propuestos.

La organización de la información se realizó en dos etapas: La primera consistió en el análisis individual de cada una de las sesiones realizadas con la paciente, las cuales se presentan con una sustentación teórico-práctica en la identificación de pensamientos y creencias respecto al desempeño presentado en la áreas evaluadas.

La segunda etapa consistió en la conceptualización cognitiva de la información, para posteriormente categorizar los pensamientos y creencias de acuerdo a su autoconcepto en las áreas propuestas para la investigación (afectiva, familiar, social y laboral); y finalmente se unificaron estos resultados, dando cumplimiento al objetivo general propuesto.

Para finalizar se realiza una discusión de los resultados, brindando al lector, conclusiones y recomendaciones para próximos estudios relacionados con este tema investigativo.

8. RESULTADOS

8.1 Descripción y Análisis de las Sesiones

Para el desarrollo de la presente investigación se contó en primera instancia con la colaboración de tres mujeres atendidas en el servicio de consulta externa del Hospital Mental Perpetuo Socorro, quienes en su remisión presentaban cuadros clínicos depresivos con antecedentes de conflictos conyugales; en la evaluación y aplicación del cuestionario de Tipos de Violencia Conyugal, se pudo establecer que una de ellas era víctima sólo de violencia psicológica, mientras que las dos restantes, además de éste tipo de violencia se identificaban como víctimas de violencia física y sexual.

Sin embargo el proceso completo de evaluación psicoterapéutica tan sólo se pudo llevar a cabo con una sola de las pacientes, ya que las demás presentaban dificultades para una asistencia periódica a las sesiones programadas, debido al lugar de procedencia.

A continuación se presentan a manera de protocolo el desarrollo de las 10 sesiones psicoterapéuticas realizadas con la paciente, con quien fue posible llevar a cabo el proceso investigativo. Por el compromiso ético - profesional adquirido con el caso, todos los nombres reales de la paciente y su pareja han sido modificados por otros ficticios, con el fin de proteger su identidad.

8.1.1. Caso “María”

8.1.1.1. Sesión # 1

Noviembre 2 de 2.001

Objetivos:

- Identificar datos personales, socio-familiares de la paciente.
- Evaluar el Motivo de Consulta de la paciente.

Desarrollo de la Sesión:

“María” es una mujer de 21 años de edad, soltera, con un hijo de dos años y medio; con tercer grado de educación básica primaria, actualmente sin profesión. Natural y procedente de la zona urbana de Pasto, con nivel socioeconómico medio-bajo.

Pertenece a una familia compuesta por su padre de 43 años de edad, quien se dedica a oficios varios, y es considerado un hombre de carácter fuerte, pero sociable y al parecer, mantiene adecuadas relaciones afectivas con sus hijos. Su madre, una mujer de aproximadamente 40 años de edad, se dedica al cuidado del hogar y fabricación manual de artesanías; de carácter fuerte e impulsivo, las relaciones con sus hijos han sido poco afectivas pero en especial con “María”, a quien ha llegado a agredir físicamente en más de una ocasión desde muy temprana edad, utilizando objetos como cables y correas, puños, empujones y zarandeos. Esta familia está compuesta además, por cinco hijos, tres mujeres y dos hombres, en donde “María” es la mayor de las mujeres y la segunda de todos sus hermanos.

A esta sesión acude en compañía de su padre, quien se muestra colaborador a la entrevista brindando la mayor parte de la información, en cuanto al motivo de consulta e historia familiar de la paciente.

En la evaluación del Motivo de Consulta, el padre hace referencia a un proceso de demanda por la custodia del hijo de "María" llevado a cabo en el ICBF, y cuyo demandante es "Jaime", compañero de "María" y padre del menor. Asegura que "el problema" se origina en el año de 1993, cuando "María" inicia una relación amorosa con "Jaime", quien es 17 años mayor que ella, separado, con un hijo que en la actualidad tiene 10 años de edad.

La relación entre "Jaime" y el padre de "María" ha sido conflictiva, llegando en ocasiones a agresiones verbales, acompañadas por agresiones físicas, esto debido al maltrato físico por parte de "Jaime" hacia ella, y al incumplimiento en las obligaciones económicas y afectivas con el niño. Esta situación se ha agudizado en los últimos seis meses, tiempo en el cual "María" ha convivido en pareja con "Jaime". Además, ella asegura que hasta el día anterior convivió con él, y que su separación obedece al continuo maltrato físico y verbal del que ha sido víctima durante este tiempo.

Sin embargo, su padre informa que el motivo por el cual "María" se encuentra en este momento conviviendo con sus padres, no es por decisión de ella, sino porque "Jaime" llegó a "devolverla" a la casa paterna, por no considerarla una buena esposa, ya que al parecer era descuidada en el aseo y cuidado del hogar. Ahora "Jaime" exige la custodia de su hijo quien ha estado al cuidado de sus abuelos maternos desde los pocos días de nacido.

El padre de "María" asegura que no le pueden dar la custodia a "Jaime" porque: "él tiene dos atenuantes más para que no le den la custodia; anda detrás queriendo enamorar a una sobrina mía, que tiene 12 años y vive en la Florida y a otra prima de ella (de "María") que está en embarazo...".

En la entrevista individual con "María", presenta llanto y dificultad para iniciar una conversación; después de tranquilizarla y motivar a su expresión verbal, dice: "..es que yo voy a comenzar por el principio...yo tenía 17 recién cumplidos

y quedé embarazada, yo no sabía...cuando le dije a él ("Jaime"), dijo que mejor era no tenerlo y me dio miedo. Me fui a quedar donde mi abuela, en esos días fuimos ("María y Jaime") a una droguería y una enfermera me dio a tomar dos pastillas y me puso tres por abajo, ella le advirtió que era peligroso porque ya estaba formado (4 meses de gestación), pero él le pagó y ya...eso me hizo venir sangre como si tuviera el periodo...

Como mi abuela y mi mamá sospechaban del embarazo, estaban pendientes de todo eso, mi abuela le dijo a mi mamá que ya me había venido y se calmó. Después de un tiempo cuando mi mamá se enteró me decía que no lo hiciera (abortar), porque me podía morir, pero "Jaime" me decía que era mentira. Cuando nació el niño mi papá no sabía de esto, porque estaba trabajando en un pueblo; como me fui a vivir con él ("Jaime") mi papá se enteró, y me fue a sacar de allá con el niño; estuve unos días con ellos (padres), pero como yo ya era la mujer de él, me fui otra vez con él y les dejé al niño porque no me sentía capaz de cuidarlo bien..." .

Análisis de la Sesión:

Durante esta sesión, se observa en "María" un regular cuidado y presentación personal, establece contacto visual de forma intermitente, su tono de voz es bajo pero audible, el contenido de su lenguaje es pobre y poco coordinado, no es coherente en algunos apartes de su relato, en ocasiones su atención es dispersa aunque demuestra una actitud colaboradora a la entrevista.

Al momento de la evaluación refiere un estado anímico tendiente al depresivo, manifestado con llanto constante y una expresión facial de tristeza. Llama la atención que su presentación la hace de la siguiente manera: "..yo tengo Retardo Mental Leve, eso me dijeron en el CEHANI", información reforzada y por su padre; en este centro de habilitación estuvo por espacio de un año, al parecer por dificultades en el aprendizaje. Impresiona una tendencia a ser fácilmente manipulable y dependiente de figuras que le representan autoridad y

protección, demostrando poca iniciativa para tomar sus propias decisiones, esto se identifica en algunos eventos relatados y vividos por ella, tal es el caso de que al momento de tomar la decisión de abortar se observa que la mayoría de personas a su alrededor, opinan sobre este hecho, el padre del niño, su madre, la abuela y la supuesta enfermera, pero, en ningún momento “María” manifiesta su posición frente a la decisión de abortar. Según ella porque no sabía a quien hacerle caso.

Se comienzan a percibir algunos pensamientos relacionados con su auto concepto en referentes a su rol como madre, “les dejé al niño porque *no me sentía capaz de cuidarlo bien*”, además se percibe como un rótulo el diagnóstico de RML, que ha limitado el adecuado desarrollo de la paciente en sus diversas áreas de desempeño, siendo reforzado por sus padres y esposo, ya que su padre justifica el haberse hecho cargo del niño porque ella: “es descuidada hasta con el aseo de ella misma, nos toca estar pendiente de que se bañe y se levante porque es muy perezosa...”. Del mismo modo “Jaime” la “devuelve”, porque *no la considera buena esposa*, “es descuidada con el aseo y mantenimiento del hogar, no le cocina, ni le lava bien...”, esto da lugar a la formulación de las primeras hipótesis acerca de un autoconcepto devaluativo, en relación al área familiar y afectiva, esta información será posible confirmar o replantear con la continuación del proceso evaluativo.

8.1.1.2. Aplicación de Cuestionario sobre Identificación de Tipos de Violencia Conyugal

Se le presenta el cuestionario en mención y se percibe en ella una actitud de prevención al contestar libremente, notándose el interés de proteger a su compañero, ante esto se orienta y aclara a la paciente que la información de dicho formato será conocida únicamente por las investigadoras y que no se tiene ningún nexo con la decisión en el proceso de custodia del niño. Posterior a esta aclaración se muestra receptiva y colaboradora al responder el cuestionario.

Las respuestas dadas por “María” a este cuestionario permiten obtener una visión más amplia acerca del tipo de las interacciones de conflicto y agresión con su pareja. Así, se encuentra que a nivel de violencia de tipo físico, “Jaime” ha agredido a “María” con puños, patadas y cachetadas, sin la utilización de elementos corto punzantes, ni de ningún otro tipo, además los golpes se dirigen principalmente hacia la espalda, piernas y brazos, dejando como consecuencias físicas algunos moretones.

Las principales causas de estos eventos se relacionan con problemas económicos, estados de embriaguez por parte de “Jaime” y por “no hacerle bien las cosas y cuando se le pierden (objetos, dinero)”.

Ante este tipo de agresiones ella en un principio, trata de defenderse “con un palo o una olla” y ya ha entablado una demanda por agresiones físicas ante la autoridad competente, sin embargo por su propia decisión no ha prosperado dicha demanda.

En cuanto a la Violencia Psicológica, considera que igualmente ha sentido su maltrato con palabras dirigidas hacia ella como: “estorbo, fea, inútil” , junto con el hecho de negarle la paternidad de su hijo, sintiendo además un control de “Jaime” sobre su vida :”tengo que avisarle todo lo que hago”, le ha prohibido trabajar, estudiar y últimamente con amenazas de quitarle al niño; refiere que después de ser objeto de este tipo de interacciones violentas se siente nerviosa y triste.

Con respecto a la Violencia Sexual, igualmente se considera violentada cuando “Jaime” llega en estados de embriaguez y la obliga a tener relaciones sexuales, ante esta situación ella reacciona con llanto, tratando de defenderse y en contadas ocasiones con intento de huída. La principal consecuencia experimentada por ella a causa de estos eventos es ansiedad, “ cuando pienso

que tengo que estar con él y está borracho...”, de igual modo se asocian estados depresivos.

Manifiesta que el tipo de violencia que más daño le ha causado es la de tipo sexual, centrándose en el estado de embriaguez de su pareja. Se percibe interés en el encubrimiento de las conductas agresivas de “Jaime”, expresado en las siguiente respuesta: “ ..y cuando me pega y me queda un morado, tengo que mentirle a mi mamá, porque él me dice que no avise o si no se le puede hacer un problema a él...”.

8.1.1.3. Sesión # 2

Noviembre 7 de 2.001

Objetivos:

- Profundizar en la evaluación del Motivo de Consulta de la paciente
- Iniciar la evaluación de ideas, pensamientos y creencias en relación a su autoconcepto dentro del área afectiva.

Desarrollo de la Sesión

“María” asiste sola y puntualmente a la cita programada, en aceptables condiciones de aseo y presentación personal, establece contacto visual, es receptiva y se muestra colaboradora a la entrevista.

Es ella quien da inicio a la temática de esta sesión, manifestando un estado de ánimo depresivo, a raíz de la relación conflictiva vivida con sus padres en los últimos días, al respecto menciona: “...mis papás no me dejan salir, ya no quiero regresar a mi casa porque me tratan mal...”; informa que salió definitivamente de la casa paterna y que actualmente se encuentra trabajando en una casa de familia, al parecer por el continuo maltrato verbal de su madre,

y lo expresa de la siguiente forma: “..mi mamá me dijo que yo era una perdida, que me vaya...”.

Debido a este evento, se enfoca la evaluación hacia el tipo de relación que se ha desarrollado entre “María” y sus padres, especialmente con su madre, quien es la persona con la que se han presentado la mayoría de las interacciones violentas.

Inicia su relato sobre este aspecto de la siguiente manera: “...el problema comienza con mi mamá, cuando yo era recién nacida, ella no quería tenerme y me dejó tirando en el Infantil y decía que ojalá me muriera...”.

Esta información la recibió de su abuela paterna, con quien ha llevado una relación más estrecha . De igual modo refiere una mayor convivencia con una de sus tías en su infancia, “..yo me crié más con una tía...”. Según “María” porque su madre siempre la ha rechazado.

En este aspecto en la dinámica de interacción con su madre, hace referencia al tipo de maltrato recibido por ella, como halarla del cabello y golpearla contra las paredes, darle cachetadas, dirigirse a ella con gritos, entre otros, como: “Perezosa, sucia, no sirves para nada...”.

Estos sucesos han hecho que la relación entre “María” y su madre sea distante, fría y con un bajo nivel de expresiones de afecto. Sin embargo con su padre se ha establecido una relación relativamente distante, donde no esta presente el maltrato físico, pero tampoco las claras manifestaciones de afecto.

Siguiendo con el relato de su infancia, informa que estuvo en tres colegios diferentes y que en cada uno hizo un año escolar; al parecer presentaba conductas agresivas con sus compañeros y dificultades en el aprendizaje; por sugerencia de un psicólogo de uno de los colegios fue valorada en el CEHANI y diagnosticada con Retardo Mental Leve (RML), permaneciendo en esta

institución por espacio de un año. Según ella por iniciativa de una tía, sus padres la retiran, ya que considera que éste no es un lugar adecuado para su formación y educación.

Posteriormente se dedica al oficio doméstico de su casa y posterga, hasta la fecha, la continuación de sus estudios e ingresa a un grupo de oración de su barrio. Durante esa época se percibe como una joven callada de pocos amigos, "...yo no salía mucho, no iba a fiestas porque no me mandaban...". Sus mayores gustos, recuerda, que eran escuchar música y salir de vez en cuando los domingos a caminar sola.

Se inicia en esta sesión la evaluación de su área afectiva, enfocada a la manifestación de sus primeras experiencias. Informa que su primer novio lo tuvo a los quince años, quien es el padre de su hijo. Lo conoce en una fiesta, en ese entonces él contaba con 32 años de edad, tenía un hijo y estaba en proceso de separación de su primera esposa.

Con respecto a las emociones, sentimientos y pensamientos acerca del primer contacto con "Jaime", y las razones que le llevaron a su enamoramiento, afirma: "...fue un amor a primera vista... conversamos y al otro día me llevó un regalo...".

Análisis de la Sesión:

Durante esta sesión se observa que "María" creció en un ambiente familiar en donde las expresiones afectivas hacia ella, eran mínimas, junto con una baja estimulación adecuada, permitiendo comprender el por qué no presenta sentimiento de pertenencia al grupo familiar, refiriendo sentirse siempre como una extraña en hogares diferentes al suyo, donde se le brindan muestras de cariño.

El rechazo constante de su madre, desde la gestación, al igual que la información que le suministró su abuela con respecto a su nacimiento, ha originado en “María” sentimientos de inseguridad y al parecer, la ha llevado a una constante búsqueda de afecto.

Con respecto al diagnóstico que reporta (RML), consideramos que las condiciones orgánicas a su nacimiento, que obligaron a dejarla hospitalizada, pueden ser una de las causales a este diagnóstico, el cual se ha agudizado con el ambiente hostil que le ha dado su hogar, además el refuerzo obtenido con la programación psicolingüística por parte de sus padres durante la infancia, ha hecho que “María” haya adoptado este rótulo (RML), permitiéndole justificar en cierto modo su comportamiento y falta de compromiso con aquellas actividades que le han sido asignadas dentro del ambiente familiar. Así mismo, la ha limitado en la posibilidad de darle un pronóstico favorable a dicho diagnóstico dado en su niñez, puesto que el Retardo Mental Leve, según el DSM IV, se caracteriza por un funcionamiento intelectual, significativamente por debajo de la media, acompañado de limitaciones de dos o más de las áreas de habilidades adaptativas, como: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales, utilización de los servicios de la comunidad, autocontrol, salud y seguridad, rendimiento académico funcional, recreación y trabajo, lo cual debe ser manifestado antes de los 18 años, para poder ser diagnosticado como tal. En el caso de “María” su diagnóstico de retardo mental se encuentra en la categoría “leve”, en donde el Coeficiente de Inteligencia, CI, puntuó en 62, en la prueba aplicada por las investigadoras.

Las características de la categoría leve, implican el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación durante los años escolares, tienen insuficiencias mínimas en el área sensoriomotriz, siendo posible desarrollar habilidades sociales y laborales adecuadas en su vida adulta, para una autonomía mínima,

y en estos casos se hace indispensable la supervisión, orientación y asistencia en situaciones de estrés social⁷².

Sin embargo el retardo mental leve, no es limitante al desarrollo de una vida adecuada y productiva en comunidad, ya que las personas con este diagnóstico pueden desempeñarse satisfactoriamente en las mismas áreas de desarrollo de una persona con un CI normal, esto es posible con un apoyo afectivo y estimulación adecuada de su entorno.

En cuanto al inicio de sus relaciones afectivas, algunas actitudes de “María”, como las presentadas frente al galanteo de su pareja, impresionan una tendencia a ser fácilmente manipulable y dependiente, de igual modo llama la atención la diferencia de edad con “Jaime”, y la primera impresión que le causó: “ era seguro, bailaba bien, y me daba regalos y cosas...” Identificando en su pareja una imagen de respaldo, protección y atención que solo una figura de autoridad puede brindar.

8.1.1.4. Sesión # 3

Noviembre 9 de 2.001

Objetivo:

- Dar continuidad a la identificación de pensamientos y creencias sobre su autoconcepto dentro del área afectiva.

Desarrollo de la Sesión:

A esta sesión acuden sus padres sin haber programado anteriormente una cita, llegan una hora antes que “María”.

⁷² MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM. IV. Barcelona. Maison. 1995.

Se brinda el espacio para evaluar su punto de vista frente a la situación vivida e indagar sobre la historia personal y familiar que puedan brindar en relación a “María”.

Quien toma la palabra inicialmente es su padre, comunica que “María” salió nuevamente de la casa, sospechando que puede estar conviviendo otra vez con “Jaime”. Continuamente lo interrumpe su esposa, percibiéndose en ella, una actitud dominante y posesiva en cuanto a la distribución del espacio para expresarse.

Refieren que el comportamiento de “María” en el hogar durante estos días, fue de inactividad, descuido en su aseo personal y del niño, continuo mal genio con sus padres cuando le prohibían salir con el niño, ya que consideraban que “Jaime” la estaba manejando para poder robar al menor.

Su padre reitera sobre el descuido de “María” en cuanto al aseo personal y del hogar, según él debido a su RML, lo que ha hecho de ella una persona manipulable y lo concibe como una explicación al “dominio” que ejerce “Jaime” sobre ella.

Refieren que es la suegra de “María” quien les ha comunicado acerca del maltrato verbal y físico al que la somete “Jaime”, : ” ...la sacó una noche y le tiró la ropa en un costal y ella (suegra) tuvo que llevarla a dormir...”.

Brindan información acerca de “Jaime”, describiéndolo como un hombre conflictivo y agresivo, y que debido al proceso de custodia del niño ha demandado a dos funcionarios del ICBF y Comisaría de Familia, respectivamente, cuando le negaron la custodia. Del mismo modo ha amenazado con demandar al MD. Psiquiatra por sugerir que por un tiempo se le prohíba el contacto con el menor, ya que éstos casi siempre terminan en agresiones verbales y hasta físicas con sus suegros, quienes representan en

este momento para el niño unas imágenes paternas estables y fuente de constante afecto.

Hacen referencia a su historia como pareja y conformación de su familia. En relación a “María”, su madre manifiesta que fue un embarazo no deseado, que interrumpió definitivamente su posibilidad de continuar estudiando: “...con uno se podía, pero ya con dos nadie me ayudaba...”, recuerda el proceso de gestación como un período donde primó un estado de ánimo depresivo, caracterizado por frecuente llanto, una disminución notoria del apetito y un bajo nivel de actividad, acompañado de pensamientos y deseos de que su hijo no naciera.

Cuando “María” nace, es necesario mantenerla en incubadora por casi tres meses, al parecer debido a su bajo peso; su madre recuerda que la veía y la sentía como extraña y ajena a ella: “...le soy sincera, es que no me nacía abrazarla como a una hija...”, el primer abrazo que le dio a su hija, fue cuando tenía 5 años edad, al llevarla a su primer día de clases y aún recuerda el rostro feliz de la niña.

De igual modo su padre interviene con la siguiente frase: “...de ver todo esto que nos ha pasado por ella con ese hombre, yo me arrepiento de haberle salvado la vida..porque mejor hubiera sido que este muerta, y no así...”. Con esto hace alusión a un evento en la niñez de “María” cuando sufrió una dificultad respiratoria en casa y que de no haber sido por su oportuna llegada, los primeros auxilios y el llevarla rápidamente al hospital, hubiese muerto, y por esto reafirma: “yo le salvé la vida...y para qué...”.

A la llegada de “María” se propicia un espacio comunicativo entre ellos en relación a la dificultad vivida en el momento. Sus padres le confrontan eventos exactos donde se ha visto la clara manifestación de la conducta agresiva de “Jaime” hacia ella, quien por su parte no les establece contacto visual y les dice: “ eso es mentira, no, así no son las cosas...”, al motivar a “María” para

que exponga sus razones y puntos de vista que desvaloricen o contradigan los argumentos de sus padres, opta por guardar silencio, y su padre le dice: “Cuándo te han tratado mal en la casa y cómo vas a ir a que te pegue ese hombre...”, “María” le responde fríamente: “pues mi mamá”.

Análisis de la Sesión

Debido a la sorpresiva llegada de los padres de “María” no fue posible cumplir con el objetivo propuesto para esta sesión, sin embargo la información suministrada por sus padres permitió obtener datos relevantes relacionados con su desarrollo evolutivo dentro del grupo familiar.

Se dificultó el establecimiento de un diálogo abierto entre ellos, puesto que “María” no estaba preparada para enfrentar este encuentro; notándose una especie de “competencia” por la custodia del niño, en donde las partes son los suegros y “Jaime”, pasando “María” a ser una herramienta suya, sin argumento ni motivación propias, ni válidas razones para solicitar dicha custodia.

El ser una hija no deseada, crecer en un ambiente familiar carente de afecto, el continuo rechazo y agresión por parte de su madre, se constituyen en las variables influyentes para que “María” no tenga un sentido de pertenencia a dicho grupo familiar. Además la continua desvalorización de sus padres con respecto a sus capacidades reales y valía personal, ha hecho que se refuerce en ella el sentimiento de inutilidad: “...es que ella no puede responsabilizarse de nada...”. Dentro del proceso de la formación de las creencias que hacen parte del autoconcepto, juega un papel muy importante las experiencias tempranas en relación a la formación de ideas acerca de las capacidades y potencialidades que posee un individuo, las cuales están dadas por el tipo de relaciones interpersonales que se den en los contextos sociales en que se desenvuelva.

En “María” son manifiestas las secuelas psicológicas y las experiencias vividas de rechazo y maltrato dentro del hogar paterno, las cuales continúan marcando la vida de la niña en la edad adulta, lo que ha generado una pérdida significativa de su autoconfianza, dando paso a una falta de autonomía emocional, que pone barreras en sus relaciones interpersonales y conducta en general.

Se observa en ella una clara manipulación por parte de “Jaime”, respecto a la custodia del niño, ya que los argumentos dados son referentes a que “él es buen padre, es responsable y tiene derecho...”, más no expone su propia iniciativa como mujer y madre para estar con su hijo.

8.1.1.5. Sesión # 4

Noviembre 16 de 2.001

Objetivo:

- Profundizar en la identificación de pensamientos y creencias de su autoconcepto en relación a las áreas afectiva y familiar.

Desarrollo de la Sesión

La paciente llega a consulta puntualmente y en aceptables condiciones de aseo y presentación personal. Es necesario hacer un enlace con la sesión anterior y el encuentro vivido con sus padres.

Se explica que la terapia se centra en ella debido a los diferentes roles que desempeña y que de igual modo desea desarrollar en un futuro y que posteriormente se vincularán a otras personas de acuerdo a su pertinencia.

Se inicia entonces con solicitarle a “María”, su auto descripción, con el fin de identificar el reconocimiento de sus habilidades y debilidades. Muestra dificultad para responder dicha pregunta, después de un momento hace el siguiente comentario: “ la gente me conoce por buena gente...”. Se considera una buena persona, más no una buena mujer, ya que asume el desempeño de mujer sólo hacia las actividades propias del hogar y encuentra falencias en estos aspectos: “ yo no cuido a mi hijo...yo no hago el aseo de mi casa...a veces amezco de mal genio, tengo mucha pereza y no me gusta que me hablen...”. En relación a su rol de esposa manifiesta un deficiente desempeño, ya que considera que su labor como tal se basa en: “tener la comida lista para él, lavar la ropa, aplanchar, así...” y su rendimiento en estos aspectos es bajo.

Asume que el rol de una mujer se centra en el ser buena esposa, buena ama de casa y buena madre, llegando a autoevaluarse de manera negativa en el desempeño de estos patrones que ella misma ha impuesto.

Refiere deseos de cambio en su manera de ser, sin embargo infiere que es “Jaime” quien debe cambiar y al mismo tiempo afirma que sería difícil que lo haga, por ello considera más factible que sea ella quien pueda cambiar: “yo necesito cambiar para tener oportunidades con mi esposo...”.

Se evalúan las discusiones y peleas conyugales vividas, identificando como factor generador el mal genio de “Jaime” a causa del descuido de “María” hacia el hogar: “él me ha dicho que haga las cosas bien...que tenga la casa limpia, arreglada, que lave la ropa, que tenga la comida hecha y caliente cuando él llegue...”.

Las peleas se agudizan cuando “Jaime” llega del trabajo con mal genio, presentándose golpes e insultos: “él me dice estúpida, pendeja, que soy dejada, que soy desaseada, que no soy buena mujer...”. Su sensación a esta situación es de malestar, pero actualmente reconoce que es un evento pasajero y cada vez que vuelve a ocurrir sigue el consejo de su cuñada: “que

lo deje no más, que yo ya lo conozco y que lo que me toca es dejarlo solo, salirme un rato, después de un tiempo por fuera él ya cambia y es diferente... entonces yo le sigo la corriente...”.

Siguiendo con la evaluación en relación a su rol como madre, considera que es deficiente en esta actividad por el hecho de no permanecer con su hijo: “ yo miro a otras mamás que tiene a sus hijos bien...los arreglan y eso, y yo no tengo esa responsabilidad al tener a mi hijo bien arreglado, tenerlo bien, darle de comer...”. De igual modo, relaciona el desempeño de este rol con otros como el laboral y familiar: “ yo a veces pienso que esto es un problema para mí, yo no soy una buena mamá...porque yo no he nacido para ser mamá, yo no tengo esa capacidad que tienen otras mujeres, yo no he nacido para mantener un hogar...”.

Sin embargo presenta prospección de vida con deseos de ampliar actividades en sus áreas de desempeño, pero al mismo tiempo busca justificaciones para no poner en marcha dichos propósitos: “me gustaría estudiar y luego ponerme un negocio...”, explica que lo que ha limitado estos planes es el no tener las capacidades suficientes: “ yo no tengo la capacidad para estudiar, eso me dijeron...”.

Asume que no es capaz de desempeñarse adecuadamente en sus roles que como mujer desempeña, ya que dice: “ me siento como si fuera una niña, como una adolescente, me hace falta experiencia para ser mujer...”.

Manifiesta que la dificultad encontrada para responsabilizarse de sí misma, se debe a la actitud de sus padres y esposo, que la tratan y hacen sentir como una niña que no puede hacer las cosas.

Análisis de la Sesión:

En esta sesión se hacen manifiestas creencias y pensamientos en relación a su auto concepto dentro de las áreas afectiva y familiar.

Se hace claro un autoconcepto devaluativo dentro de estas áreas, reflejado en algunas frases como: “no soy buen mujer ”; “no soy buena madre “; “ yo no puedo desempeñar bien el papel como madre “; “ no he nacido para mantener un hogar “.

Estas frases como muchas otras manifestadas por “María” son a nuestro juicio el resultado de un aprendizaje que se ha venido dando desde temprana edad, basado en el diagnóstico RML. que ha limitado su desarrollo y funcionalidad en el grupo familiar y social, puesto que para la formación del autoconcepto, los juicios, reglas y creencias en relación a la valía personal que son reforzadas por figuras significativas para el individuo, son primordiales al establecimiento del autoconcepto, en este caso se realizó mediante el lenguaje negativo, el cual influye al mantenimiento y continua activación de creencia centrales negativas que impiden una adecuada adaptación personal, afectiva, familiar, social y laboral⁷³.

Tal influencia en un principio por sus padres y posteriormente por su compañero que han reforzado esas ideas, pensamientos y creencias que conllevan a una construcción negativa y limitante de su autoconcepto.

Llama la atención creencias como el que una buena mujer es aquella que tiene las cosas de la casa arregladas, la comida lista, la ropa ordenada, querer a su hijo, llevarlo de paseo, darle de comer, bañarlo, etc. características propias de un rol tradicionalista y regionalista de la mujer.

⁷³CORBELLA, Joan. 1994. Op. Cit.

Un hecho que nos parece ha marcado estas ideas, es el que su hijo haya sido criado básicamente por sus abuelos, quienes se han hecho cargo de su crianza, y se constituyen en las imágenes de padre y madre para él, mientras que “María”, representa la imagen de una hermana, a la que llama por su nombre y no como mamá.

Del igual modo cabe mencionar que dentro de su diálogo se hace claro el pensamiento de que aún hace parte de su familia primaria, es decir no considera claramente como familia a la conformada con su compañero y continuamente lo refuerza con creencias, como: “soy dejada, no tengo responsabilidad de mi misma...”, y por ello es necesaria la protección de sus padres, asumiendo que no se encuentra capacitada para desempeñar los diversos roles que como mujer le ha tocado afrontar en su contexto (ama de casa, esposa y madre). Esto permite identificar en “María”, un proceso de desvalorización y desmotivación para desarrollar aptitudes, ya que se considera indigna de cariño, generando en ella culpabilidad, inseguridad y observa su entorno con pesimismo, sintiéndose menos que los demás.

Durante este proceso es posible determinar que “María” presenta los dos tipos de creencias centrales relacionadas con el desamparo y la incapacidad de ser amado, “yo no soy capaz de cuidar a mi hijo”, “yo no soy buena mamá”, “yo no tengo la capacidad que tiene otras mujeres”, “me hace falta experiencia para ser mujer”, “soy dejada”, “no tengo responsabilidad de mí misma”.

Por último, en esta sesión “María” expone ideas relacionadas con la manera de evaluar a su grupo familiar paterno, como una fuente potencial de apoyo, en caso de que algún día no cuente con “Jaime”, contradiciendo de algún modo, aquella hipótesis expuesta en las primeras sesiones, relacionada con su sentido de pertenencia a un grupo familiar.

8.1.1.6. Sesión # 5

Noviembre 19 de 2.001

Objetivo:

- Analizar los pensamientos de la paciente incluidos en el registro diario.

Desarrollo de la Sesión:

“María” asiste sola y puntualmente a la cita programada, demuestra actitud receptiva y colaboradora al proceso de análisis de la información para esta sesión.

Al finalizar la anterior sesión se hace entrega y explica los pasos para el desarrollo del formato de autoregistro diario, con el fin de obtener una visión más exacta de la manera cómo asume las situaciones difíciles, en cuanto a pensamientos y emociones presentados al momento vivir una situación conflictiva con su compañero.

La mayoría de los eventos se presentaron dentro del ambiente hogareño y con su esposo, en especial cuando “Jaime” llega del trabajo de mal humor, ante lo cual “María” adopta una posición pasiva, de “seguirle la corriente” en todo lo que diga y guardar silencio, cuando llega a la agresión física trata de defenderse sin mayores resultados. “ ...el empieza con sus gritos, a echar patadas a las puertas, comienza a decir cosas y hasta a veces me saca de la casa...”. Estos eventos desencadenan en ella soledad, tristeza, nerviosismo y temor a que destruya la casa y la saque de ella.

Haciendo alusión a las situaciones en que “Jaime” la ha sacado de la casa, su suegra le ha brindado ayuda, sin embargo si volviese a ocurrir, recurriría inmediatamente a sus padres, pero aclara: “aunque mi mayor ilusión es estar con él...”.

Considera que la razón por la cual aún permanece con “Jaime” es el amor que ella le tiene, reconoce que es una persona con defectos, pero cuando ella hace bien las cosas, siente que la quiere y que es muy cariñoso.

Ha sentido en oportunidades cierto rencor hacia él, en especial cuando hace parte de las discusiones con sus padres, por lo que considera importante que “Jaime” entre a tratamiento psicoterapéutico porque desearía estar bien con él y sus padres.

Ella refiere sentimientos y deseos al recordar las situaciones en que “Jaime” la ha maltratado relacionados con la visión de su futuro, manifestados así: “pienso en el día que pueda despartarme de él, pero no puedo porque lo quiero, ya vamos para seis años, llevamos mucho tiempo...”.

Al evaluar la posibilidad de que él la abandonara, dice: “ me pondría triste , me pondría a llorar, tendría más responsabilidad...”. al solicitarle que nos aclarara esta última frase, añade: “ me tocaría salir adelante por mi misma y ponerme a estudiar...”, aunque de igual modo considera que si esto ocurriese contaría con el respaldo de su padre.

En la exploración de su prospección, hace referencia a sus “ideales” de estar con su familia (esposo e hijo), estudiar y “salir adelante”. Le ha comunicado estos ideales a su compañero, pero no se siente escuchada, ya que considera que él no le presta mucha atención y ha limitado la continuación de sus estudios, al parecer por temor a que “María” se consiga otro hombre y lo abandone, del mismo modo no siente el apoyo en cuanto al deseo de trabajar.

Considera que esta actitud se debe a que él la ve como una persona limitada: “ me ve como una persona que tiene un problema, el RML, él se lleva de eso y me dice que no estoy capacitada como las demás mujeres, que entonces para qué me meto a estudiar...”.

Para la próxima sesión se le solicita que realice su propia definición de pareja, función y razón de ser de un matrimonio.

Análisis de la Sesión:

En esta sesión se hacen evidentes sus sentimientos en cuanto a situaciones vividas con su esposo, como el sentirse ignorada y sola.

A pesar de que las personas significativas en este momento como su esposo y padres, le han hecho saber y sentir que no tiene posibilidades viables para realizar sus propósitos de trabajo y estudio, ella mantiene la motivación y deseos de hacer realidad estos objetivos. Es relevante la influencia ejercida por parte de las personas cercanas a ella, puesto que la falta de un ambiente que le proporcione estímulos que favorezcan el desarrollo de sus potencialidades hace de “María” una persona que no cree en sus capacidades y se siente incapaz de salir adelante por sus propios medios.

8.1.1.7. Sesión # 6

Noviembre 23 de 2.001

Objetivo:

- Evaluar creencias y pensamientos en relación a matrimonio, pareja y finalidad de los mismos.

Desarrollo de la Sesión:

Se presenta en adecuadas condiciones de aseo y presentación personal, se realiza un pequeño recuento de lo trabajado hasta el momento y se enlaza esta información con la temática a trabajar en esta sesión.

En la evaluación de sus conceptos sobre lo que es “el matrimonio”, afirma que es “llevarse bien con el marido, no pelear tanto...”, en cuanto a la finalidad de la unión de un hombre y una mujer considera que es netamente para la conformación de un hogar, siéndole imposible ampliar más esta afirmación, y la complementa con su experiencia, ya que según ella se fue a vivir con “Jaime” para “tener” un hogar, al indagar acerca de los motivos que la impulsaron a tomar esa decisión, responde: “..pues por los problemas en la casa...por la situación que estaba con mi mamá...”, manifestando con esto que su iniciativa a la conformación de una vida en pareja no obedeció a emociones y verdaderos deseos despertados en ella por “Jaime”, sino por conflictos en su hogar primario, lo que constituyó para ella la posibilidad de abandonar una situación y un lugar que le resultaban agresivos en cierto modo.

Esto se corrobora con una de sus muchas afirmaciones al respecto como: “él no me ofrecía nada, pues me decía que soy una mujer hecha y derecha, que él me apoyaba en todas mis decisiones, que le haga de comer...”.

Recuerda que en el proceso de enamoramiento, “Jaime” se enteró de la relación conflictiva que llevaba con su madre y la convenció de formar un nuevo hogar, ante lo cual ella evaluaba dicha posibilidad, como la mejor “..porque una tiene que hacer su vida al lado de su esposo...”.

De igual modo dentro de la evaluación se consignan los deberes y derechos de cada uno de los integrantes de la pareja e inicia su comentario con sus deberes como esposa: “ tener aseada la casa, estar bien presentada y tener la comida hecha...” e identifica como sus derechos algunos apartados que se

complementarían con los deberes de él hacia ella: “ los derechos son a que lo respete a uno como ser humano y hacerle saber a todos sus amigos que soy su esposa...”, ante esto último hace referencia a eventos en que “Jaime” la ha presentado como a una amiga y no como su esposa, desencadenando en ella sentimientos de aislamiento. Considera que en más de una ocasión la ha irrespetado con el hecho de decirle que a quien quiere es a una prima porque es mejor que ella.

Manifiesta que el matrimonio y el solo hecho de tener marido, hace que los demás la respeten como a una señora, respeto que no se siente cuando son solteras y peor aún con hijos.

Análisis de la Sesión:

“María” careció de una adecuada imagen de los modelos de padre, madre y más aún de pareja, por lo tanto no tiene una idea o concepción claramente definida de éstos términos, por lo que se percibe dificultad en el establecimiento claro y real de conceptos como matrimonio, vida en pareja con derechos de cada uno de ellos, además es clara su motivación a la posibilidad de conformar un nuevo hogar, como es la de evitar una situación conflictiva y de agresión con su madre, ella se centra mucho más en este aspecto que en el hecho mismo de la posibilidad de conformar un hogar y compartir nuevos momentos que le permitan crecer como ser humano al lado de “Jaime”.

Se hacen manifiestas aquellas creencias relacionadas con el estatus que da el grupo social a la imagen del matrimonio, acerca del respaldo y respeto que puede generar el “tener un esposo”, es más ni siquiera el tenerlo, ella lo identifica como “ el ser la mujer de ...(Jaime)“, de allí que se sienta irrespetada cuando no la presenta como tal.

8.1.1.8. Sesión # 7

Noviembre 26 de 2.001

Objetivo:

- Profundizar en identificación de pensamientos y creencias con respecto a su autoconcepto en las áreas afectiva y social.

Desarrollo de la Sesión:

Durante esta sesión hace referencia a un evento ocurrido el sábado anterior, en donde “Jaime”, bajo estado de embriaguez la agredió físicamente al parecer porque la culpó de la pérdida de un dinero: “me dijo ándate de aquí, vos no me sirves para nada, no te quiero tener aquí...”, “María” experimentó rabia al escuchar estas palabras y dolor cuando recuerda: “me dijo que él me tenía por costumbre y yo creo que eso si es cierto...”

Al evaluar este suceso se considera a sí misma como una mala esposa, al igual que a él, debido al irrespeto cometido contra ella con el hecho anteriormente mencionado: “llegó el sábado a las 4 de la mañana, borracho con los amigos y se puso a tomar, se le robaron una plata y me culpó a mí...”.

Las agresiones verbales pasaron a ser físicas, manifestadas con empujones, patadas a nivel de la columna, durante este tiempo intervino su suegra, llevándola a su casa con el fin de alejarla de las agresiones de “Jaime”; al siguiente día refiere temor al tener que regresar a su casa: “ tenía miedo de que me pegara otra vez...”.

Por su parte, “Jaime” se disculpa con ella, justificando su comportamiento por su estado de embriaguez, argumentando que no era su intención y que no volverá a ocurrir, ante lo cual “María” opta por una posición de incredulidad a

sus palabras y “Jaime” continuamente busca reivindicarse con ella: “ desde entonces él me ha buscado para tener relaciones, pero yo le digo que no.. yo no creo en lo que él me dice...”.

Al continuar con la evaluación se retoma sus creencias de no considerarse buena esposa, ante lo cual argumenta: “ no soy cariñosa, porque no estoy acostumbrada..no soy melosa...soy malgeniada, a veces no le hago caso en lo que él me dice...”. Además llama la atención la visión de sí misma frente a su pareja, como una mujer un poco celosa cuando se imagina o vislumbra la posibilidad de: “verlo abrazado con otra...yo me imagino eso y me dolería perderlo..”.

En cuanto a la vida sexual con su pareja, da a conocer una actitud pasiva en ella y dominante en él, no se observa en “María” iniciativa, ni deseos claros de experimentar el encuentro sexual: “ cuando a él se le da a uno si le toca ceder porque si no él se busca otra...”. Igualmente hace referencia a su expresión de afecto y cariño: “ a mi no me gusta que él me toque y me abrace en la casa...”.

Cuando se motiva a la expresión de una posible solución a esta dinámica refiere: “como yo me veo mala hija, esposa y mamá, yo quisiera cambiar..ser más cariñosa con mi esposo, mi hijo y mis papás...”.

Para dar continuidad a la temática se indaga sobre la visión de sí misma dentro del grupo social, ante lo cual se considera como una persona de pocos amigos y relaciones distantes de vecindad: “ no converso con los vecinos...yo me aparto de ellos porque pueden pensar mal, que yo de pronto tengo mozos..que no lo valoro a él (“Jaime”) como esposo ...”; por ello asume que sus vecinos la consideran una buena esposa porque no ha tenido problemas con ellos.

Análisis de la Sesión:

Debido al análisis del evento de agresión ocurrido el fin de semana pasado, se puede identificar claramente en esta pareja el establecimiento del ciclo de violencia conyugal, manifestado en la acumulación y explosión de tensiones de tipo cotidiano, como el hecho del cansancio del trabajo y con un evento extraordinario como lo fue la pérdida de dinero; hasta el momento se encuentra en la etapa de "Arrepentimiento", con la búsqueda de justificaciones por parte de "Jaime" a su conducta violenta.

En cuanto a las consecuencias psicológicas de la misma, en "María" se percibe una incongruencia ideó afectiva, por medio de dos evaluaciones y posiciones diferentes a un mismo hecho, por una parte se muestra realista a la evaluación de todos los encuentros violentos dentro de la pareja: "yo ya no creo en lo que él me dice...", por otra parte reconoce en ella "faltas" que al igual le permiten a "Jaime" justificarse.

En ella es clara la dificultad que presenta en la manifestación y expresión de afecto, acompañado de inseguridad en la relación con su pareja: "no soy cariñosa, porque no estoy acostumbrada...ante esto se debe tener en cuenta que esta dificultad es un aprendizaje que viene dado desde su hogar primario, mediante una relación con sus padres distante y con pocas manifestaciones de afecto entre los integrantes del grupo familiar.

En cuanto a su área social se percibe una persona tendiente al aislamiento y establece poco contacto social con sus vecinos, identificándose en ella la presencia de errores cognitivos de tipo "Lectura del Pensamiento", enfocado hacia su área afectiva: "...yo me aparto de ellos (vecinos) porque pueden pensar mal, que de pronto tengo mozos...".

8.1.1.9. Sesión # 8

Noviembre 29 de 2.001

Objetivo:

- Dar continuidad a la identificación de pensamientos y creencias relacionadas con su autoconcepto en el área afectiva, teniendo en cuenta las fases de ciclo de Violencia Conyugal.

Desarrollo de la Sesión:

Durante esta sesión se da continuidad a la evaluación del hecho violento ocurrido con su pareja. Reporta solución al conflicto presentado con “Jaime”: “ ya se solucionó el problema, ayer hablamos y quedamos en que iba a cambiar y yo también...siendo más cariñosa, abrazarlo, decirle que lo quiero, siendo más responsable, teniendo las cosas ordenadas, la comida hecha y la casa arreglada...”.

Justifica sus compromisos de cambio a petición de “Jaime”, ya que asegura: “...antes si me eché al abandono, pero ahora ya soy más ordenada ...”. Además se establecen objetivos de cambio a nivel personal que según ella le permitirán solucionar definitivamente el problema con su esposo, pero en ningún momento hace referencia a los aspectos de cambio concernientes a “Jaime”,: ”Quiero cambiar para ser yo misma, como esposa, madre y ama de casa...”.

En la evaluación de su prospección presentada en este momento de etapa “Luna de Miel”, se enfoca hacia el área laboral: “..mis metas son entrar a estudiar, ponerme una actividad que me saque adelante (trabajo) y darle buen ejemplo a mi hijo...”. Comenta que estos objetivos se desencadenan a partir de la conversación con “Jaime”, recibiendo de él un apoyo verbal, pero “María” no

lo siente como un respaldo sólido y real: “me dijo que me iba a apoyar con el material, mandándome a estudiar y a trabajar...”.

Se indaga sobre el conocimiento de los objetivos de vida de su pareja, manifestando su total desconocimiento: “los sueños de mi esposo no sé, es que lo que él piensa no me cuenta...”. Esto le genera desconfianza e inseguridad ante sus promesas: “ en este momento no le creo porque ahora le dice a uno con palabras bonitas y después dice que mentira...”, explica esta afirmación basándose en eventos y promesas anteriores: “ hace dos semanas me prometió lo mismo y nada...como un día dice una cosa y otro, otra...”; al confrontar este aspecto con su deseo de superación a nivel laboral y académico manifiesta que para la realización de esos objetivos necesita de la ayuda de sus padres, ya que no siente el apoyo sólido de “Jaime”, “mi esposo no me apoya totalmente...”.

Al indagar sobre los motivos de permanencia al lado de “Jaime”, refiere: “ahora no me esta dando nada, antes me traía regalos...”. Cuando recuerda los comportamientos agresivos de “Jaime”, considera la posibilidad de un cambio en él que puede estar motivado por el ejemplo y necesidad de afecto para el niño.

Identifica como una constante en la agresión, el estado de embriaguez de “Jaime”, dicha agresión se manifiesta de forma física, con cachetadas y patadas, junto con la de tipo verbal y psicológica con insultos y humillaciones, como: “ maricon, perra, fea, es que vos no me sirves para nada, metedora de cuentos con tus papás...”. De igual modo reconoce otras manifestaciones de agresión psicológica como las amenazas: “Que no me quiere, que si voy a ver al niño y a visitar a mis papás, me deja y se va a traer al otro hijo y a la otra esposa...” . Comenta que después de esto, la toma por la fuerza y le pide perdón: “ ...me hace el amor, me dice que me quiere, que lo perdone, que nunca me va a dejar, que yo le hago falta...”. Reconoce la presencia de estos eventos de manera cíclica, sin embargo se mantiene en su posición de darle

continuidad a “la reconciliación” con “Jaime” y continuar creyendo en la posibilidad de cambio en él.

Análisis de la Sesión:

Se identifica en la dinámica de pareja claras dificultades en el desarrollo de una comunicación adecuada.

Es claro el establecimiento del ciclo de la Violencia Conyugal en esta pareja, manifestándose en esta oportunidad la fase de “Luna de Miel” y se observa en “María” las consecuencias psicológicas que este ciclo genera, como es la incertidumbre e inseguridad a la presencia de un nuevo hecho violento, la desconfianza e incredulidad ante las promesas de cambio por parte de “Jaime”, y todo el proceso de autoinculpación observado en su deseo de cambio personal para mejorar la relación de pareja. De igual modo se puede observar la limitante de esta dinámica de pareja al desarrollo de actividades laborales y académicas de “María”, puesto que continuamente “Jaime” le refuerza creencias relacionadas con su autoconcepto en el desempeño de las principales áreas, tales como: “vos no me sirves para nada”, en ella se genera de la siguiente manera: “yo no sirvo para nada”.

8.1.1.10. Sesión # 9

Diciembre 03 de 2.001

Objetivo:

- Identificar creencias y pensamientos con respecto a su autoconcepto, en el área social.

Desarrollo de la Sesión:

Durante esta sesión “María” refiere mejores relaciones interpersonales con sus padres y un mayor contacto con su hijo, ya que ha intensificado el número de días en que los visita, y pasó el fin de semana con ellos. Al indagar acerca de la evolución en la resolución del conflicto conyugal y la puesta en marcha de los objetivos propuestos, manifiesta: “ hasta ahora no le he creído, porque él es muy mentiroso...”.

En la evaluación del área social informa sobre dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales: “ me cuesta relacionarme con la gente, me da vergüenza...”; además justifica en cierto modo su bajo nivel de interacción social: “ no tengo amigos ni amigas porque no me gusta y a mi esposo no le gusta porque se pone celoso...”. Debido a su situación, en que no se desempeña en actividades diferentes al cuidado del hogar y las visitas a su hijo en casa de sus padres, la oportunidad de relaciones sociales se limita a contactos con sus vecinos, donde ella misma los ha obstaculizado, permitiéndose conversaciones esporádicas con una de sus vecinas y por este mismo hecho considera que su imagen ante ellos es de “buena gente” y a veces un poco malgeniada.

Análisis de la Sesión:

Es claro que a nivel del área social, “María” ha desarrollado creencias irracionales que relaciona con la estabilidad afectiva de su pareja y el tipo de contacto social. Tomando como eje central de su vida a su pareja, consolidándose como una gran limitante para el desarrollo adecuado de sus relaciones sociales gratificantes, haciéndose evidente su bajo nivel de autoestima y confianza en sí misma.

Se manifiesta en su discurso irregularidad en el adecuado desempeño de sus habilidades sociales, observado en el establecimiento de una barrera al contacto social.

8.1.1.11. Sesión # 10

Diciembre 10 de 2.001

Objetivo:

- Identificar pensamientos y creencias con respecto a su autoconcepto dentro del área laboral.

Desarrollo de la Sesión:

“María”, se presenta a esta sesión en adecuadas condiciones de aseo y presentación personal. Refiere que en este momento lleva una buena relación con sus padres y “Jaime”. A la exploración del área laboral, en su prospección manifiesta deseos de: “salir adelante”, entendido como la posibilidad de poner en práctica el desempeño de actividades laborales y académicas como la posibilidad de terminar sus estudios de educación básica primaria.

Identifica en ese momento como alternativa laboral trabajos manuales: “pienso trabajar en cojinería y muñequería para este mes...”; de igual modo hace un adecuado análisis de su situación, reconociendo las principales fuentes de apoyo reales para la puesta en marcha de estos objetivos: “me dio mi marido para los materiales y mi mamá me va a ayudar a hacerlos bien..luego los voy a ofrecer a los almacenes..yo soy buena para eso...”.

Análisis de la Sesión:

Reconoce posibilidades reales de desempeño laboral en su contexto e identifica acertadamente los principales elementos necesarios para la puesta

en marcha de sus proyectos, desde el factor económico, la manera de perfeccionar su habilidad, con la ayuda de su madre, hasta la posibilidad de comercializar estos productos y la utilización del producto de las ventas: “voy a trabajar para mi hijo...”. Sin embargo se percibe una actitud pasiva-dependiente en ella, a la voluntad del apoyo de personas que poseen la facilidad de ayudarla, como son su esposo y padres, pero no demuestra una iniciativa propia al desarrollo de los mismos, cuando “Jaime” le prohibió anteriormente el desempeño de trabajo o estudio, justificando su actitud con el supuesto temor a que ella lo engañe con un hombre más joven, repitiéndole constantemente que su Retardo Mental Leve, la hace una mujer incapacitada para esas labores, lo que influye directamente al establecimiento de un autoconcepto negativo y limitante en esta área.

En cuanto a su capacidad de análisis matemático, se ven claras deficiencias, las cuales pueden ser causadas por su bajo nivel educativo y el hecho de que nunca se le hubiesen delegado responsabilidades relacionadas con el manejo del dinero, a causa del rótulo que ha significado para ella el RML. Dichas deficiencias de las habilidades matemáticas se vieron expuestas al poner a “María” en situaciones imaginarias de solucionar dificultades cotidianas que requerían de un análisis matemático. Lo que permite determinar que esta dificultad puede limitar en cierto grado su desempeño en el área laboral.

8.2. Conceptualización Cognitiva de los datos obtenidos en las sesiones

Para identificar el autoconcepto en las áreas de desempeño, propuestas para la presente investigación - afectiva, familiar, social y laboral - , fue necesario recolectar información relacionada con los pensamientos y creencias de la paciente, que hacen parte de su autoconcepto en las áreas mencionadas, las cuales, se hicieron evidentes en el desarrollo de las sesiones psicoterapéuticas.

Es por ello que para una mayor organización de la información y reconocimiento objetivo del caso, se hace la Conceptualización Cognitiva, para comprender mejor el proceso que ha llevado a la paciente a reforzar sus creencias nucleares, las cuales hacen parte de su autoconcepto.

En el desarrollo de la Conceptualización Cognitiva, se tuvieron en cuenta aspectos importantes y claves para su comprensión, como son: (a) *Datos pertinentes de la infancia*: en donde se hace referencia a aquellas experiencias que desde muy temprana edad, contribuyeron en el desarrollo y mantenimiento de las creencias nucleares que posee la paciente. (b) *Problemas Personales Actuales*: los cuales comprenden las dificultades experimentadas por la paciente en el momento que entró en terapia. (c) *Los Esquemas y Creencias Nucleares*: en las cuales la paciente refleja cómo se ve a sí misma, y se pueden identificar dentro de sus dos categorías: 1. *De Desamparo* y 2. *De Incapacidad de ser amada*. (d) *Las creencias intermedias o reglas, creencias y supuestos condicionales*: los cuales ayudan a la paciente a afrontar sus creencias nucleares. (e) *Las Estrategias Compensadoras*: hace referencia a aquellas conductas que al igual que las creencias intermedias, ayudan a afrontar las creencias nucleares, éstas estrategias son compulsivas, inflexibles, inapropiadas, agotan energía y no se encuentran equilibradas por estrategias adaptativas. (f) *Situaciones Vulnerables*: son aquellas circunstancias problemáticas en las que las creencias nucleares y creencias intermedias

llegan a activarse. (g) *Los pensamientos automáticos*: los cuales se originan por la activación de las creencias nucleares e intermedias. (h) *Las emociones*: las cuales están asociadas con los pensamientos automáticos, y por último (i) *Las conductas*: que son el resultado de las situaciones vulnerables, de la activación de las creencias, pensamientos automáticos y emociones⁷⁴.

A continuación se da a conocer la información relevante del caso, con la evaluación del diagnóstico multiaxial, puesto que es una ventaja formular el diagnóstico en los cinco ejes del DSM IV, ya que a partir de éstos ejes, se tendrá una mayor comprensión, junto con la conceptualización cognitiva de “María”, nuestro caso de estudio.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Problemas de interacción agresiva con la pareja
Depresión leve.

Eje II: Retardo Mental Leve
Rasgos de personalidad dependiente.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Conflicto con padres por custodia del hijo.

Eje V: EEAG=55 (actual), síntomas depresivos leves; a raíz de los conflictos vividos con la pareja y presenta dificultades moderadas en la actividad social.

a) *Datos Pertinentes sobre la infancia*: En este caso los eventos más significativos en la infancia de “María”, que se pueden constituir en generadores y reforzadores de sus creencias centrales, se encuentran los

⁷⁴ BECK, A. Y Cols. 1999. Op. Cit.

siguientes: ser una hija no deseada; haber sido víctima de maltrato verbal y físico por parte de la madre; por ello tener que convivir con una tía, gran parte de su infancia; haber presentado dificultades adaptativas al ambiente escolar, con conductas agresivas hacia sus compañeros y dificultades en el aprendizaje; ser diagnosticada con retardo mental leve y asistir un año a terapia en el CEHANI.

b) *Problemas personales actuales:* Las principales dificultades expuestas por "María", cuando es remitida a psicología son con su pareja, debido a una separación, al parecer porque él la "devolvió" a la casa de sus padres por no considerarla buena esposa, después de una convivencia de seis meses, donde se presentaron agresiones físicas por parte de su esposo.; además manifiesta presentar dificultades con sus padres por el proceso legal, relacionado con la custodia del hijo de la paciente; a parte de esto no le ha sido posible tener acceso a estudio o trabajo por no contar con apoyo de su grupo familiar, siendo el Retardo mental leve la principal justificación para no integrarse a actividades laborales o académicas y un estado depresivo leve.

c) *Esquemas o creencias nucleares:* Las principales frases expresadas por "María", que nos dan una idea cómo se percibe así misma, se encuentran las siguientes: *"yo no tengo la capacidad para mantener un hogar, ni para ser mamá", "soy mala mujer", "soy mala esposa", "no tengo responsabilidad de mí misma", "soy incapaz", "sin mi esposo no me respetan".*

d) *Creencias intermedias:* Las principales reglas y supuestos condicionales que ayudan a "María" a afrontar y sustentar sus creencias nucleares, son: *"si cuidara y atendiera bien a mi hijo, sería buena mamá", "cuando a uno lo ven con esposo lo respetan", "si hablo con otras personas, los vecinos pueden pensar que no valoro a mi esposo", "si yo cambio, puedo tener una oportunidad con "Jaime"", "si hago las cosas bien, él ("Jaime"), me querrá más y será más cariñoso", "si me quedo callada, lo dejo y no le reclamo nada, él no me va a pegar", si hago lo que él me dice no me va a dejar por otra", "si me*

deja sufriría mucho”, “ser buena mujer es ser buena esposa, ama de casa y buena mamá”.

e) *Estrategias Compensadoras:* Algunas de las actitudes y conductas que le permiten a “María” afrontar sus creencias centrales y constituirse en estrategias adaptativas para su medio, según su esquema cognitivo de autoconcepto, son las siguientes: *“para realizar mis sueños, necesito del apoyo de mis papá”, “no tengo amigos, ni amigas, porque mi esposo es celoso”, “no converso con los vecinos, ni con amigos porque pueden pensar que tengo mozos”, “necesito cambiar para que el problema con mi esposo se arregle”, “cuando llega bravo, lo dejo que se le pase, y me quedo callada”, “cuando me grita, mejor le sigo la corriente”, “si hago las cosas bien, él es más cariñoso y dice que me quiere”, “quiero cambiar para ser yo misma, como esposa, madre y ama de casa, siendo más cariñosa”.*

f) *Situaciones vulnerables:* Sus creencias centrales e intermedias se ven activadas en eventos conflictivos con “Jaime”, con las agresiones físicas y verbales, cuando llega del trabajo de mal genio y con el conflicto con los padres por la atención y custodia del niño.

g) *Pensamientos automáticos:* Los que se activan más frecuentemente son: *“yo hice mal las cosas”, “no tengo las capacidades para desempeñarme como esposa”, “soy dejada”, “no tengo la capacidad para estudiar”, “tengo el problema (RML)”, “no puedo despartarme de él porque lo quiero mucho”, “no he nacido para mantener un hogar”, “(los vecinos) pueden pensar mal de mí, que no lo valoro, que tengo mozos”, “quiero salir adelante trabajar y estudiar”, “yo no he nacido para ser mamá”, “cuando estoy con él me siento respetada”, “a él no le gusta que tenga amigos, se pone celoso”,*

h) *Emociones:* Algunas de las emociones que se relacionan con la activación de los pensamientos automáticos son: soledad, tristeza, temor, nerviosismo, vergüenza, rencor, así: *“me siento sola, triste, nerviosa, con*

miedo, después de verlo bravo...”, “cuando “Jaime”, no me presenta con sus amigos como su esposa, me siento irrespetada y aislada...a veces siento rencor”, “para relacionarme con la gente, me cuesta mucho, siento vergüenza”.

i) *Conductas:* Entre las conductas observables presentadas por la paciente, en relación a las situaciones vulnerables, creencias y pensamientos, se encuentran su permanencia al lado de “Jaime” : *“sigo con él porque lo quiero, ya son seis años..”* , y otro comportamiento observable en ella, es el hecho de enfrentarse a sus padres por la custodia del niño, pero argumentando el derecho del padre, más no expone sus propias razones”.

8.3. Categorización del Autoconcepto de acuerdo a las Áreas Afectiva, Familiar, Social y Laboral.

La información consignada en estas categorías fue posible obtenerla mediante el proceso de autoevaluación y la técnica de la flecha hacia abajo o descendente, al que se permitió acceder a la paciente a lo largo de las sesiones psicoterapéuticas llevadas a cabo, esto teniendo en cuenta que las autoevaluaciones son el resultado de estructuras más profundas, como son los autoconceptos, los cuales constituyeron el eje de esta investigación.

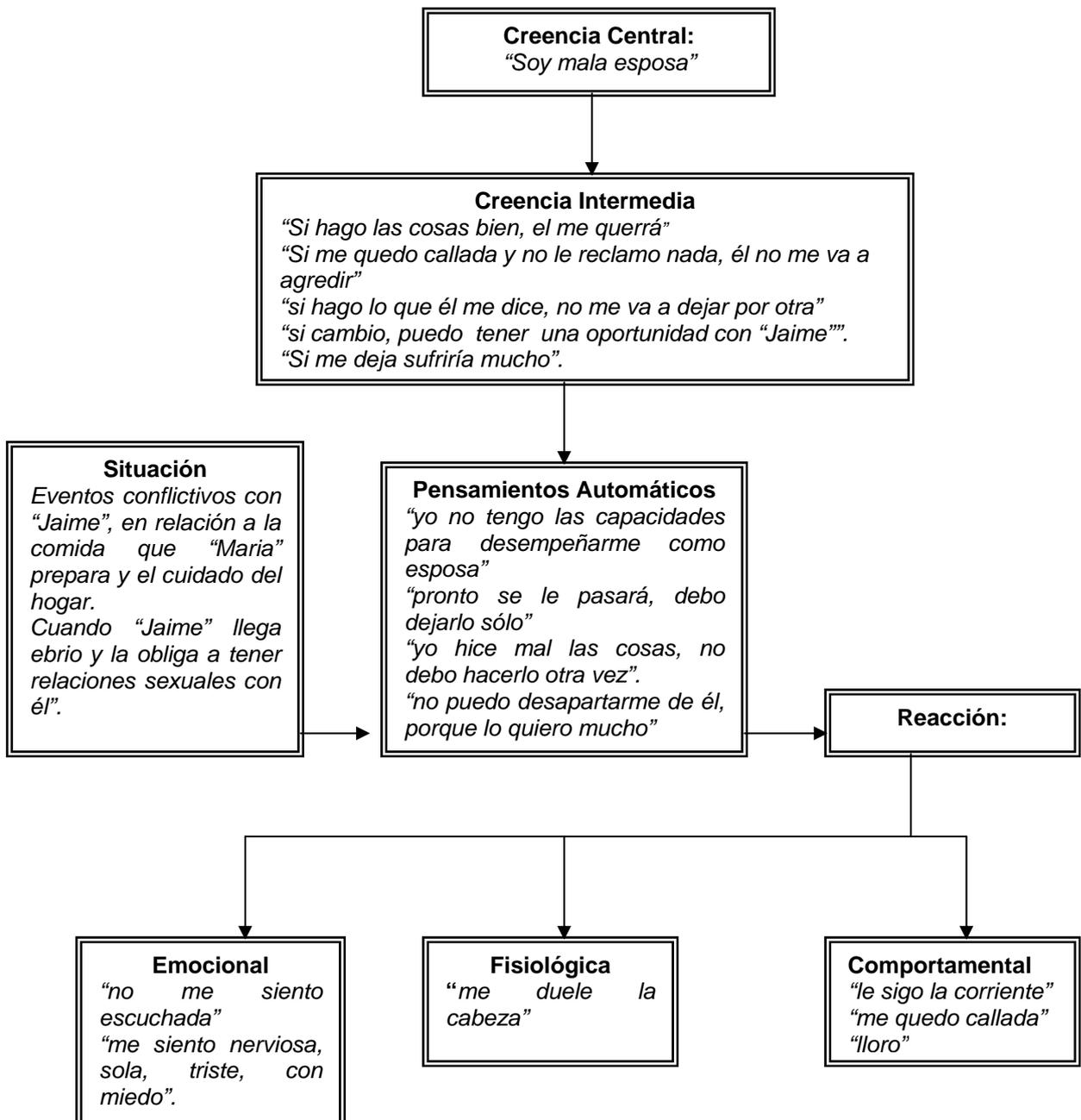
Beck y cols⁷⁵, ante la posibilidad de identificar el autoconcepto, consideran que el terapeuta debe utilizar los datos que recoge para inferirlo, reglas y fórmulas que guían la vida de un paciente, o se puede basar en las descripciones que él hace sobre sí mismo, frente a una variedad de situaciones específicas.

En el transcurso del desarrollo vital y social, el ser humano desarrolla una serie de reglas que son la esencia de su autoevaluación, éstas reglas constituyen además la base para establecer normas, expectativas y planes de acción para su vida, es por ello que para la categorización del autoconcepto de la paciente en relación a sus principales áreas de desempeño, se tuvo en cuenta el Modelo Cognitivo de Beck, el cual permite desglosar la autoevaluación de la paciente, a través de eventos, reacciones, pensamientos automáticos, creencias intermedias y por último llegar a la identificación de las creencias centrales o nucleares, sobre sí misma, en relación a las áreas evaluadas, de este modo fue posible identificar el autoconcepto en la paciente.

⁷⁵ BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

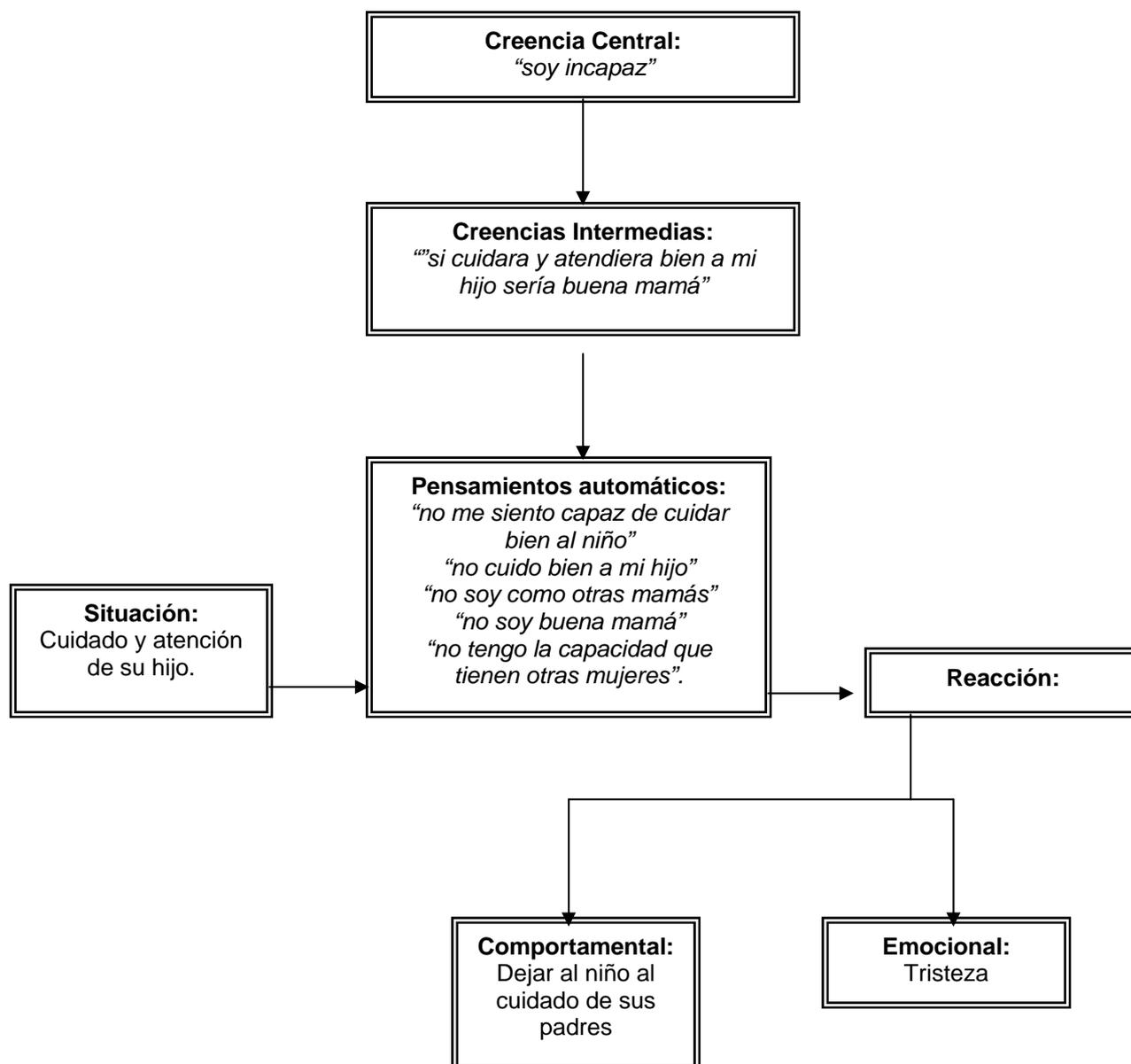
Identificación de pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el Área Afectiva.

Gráfica 2



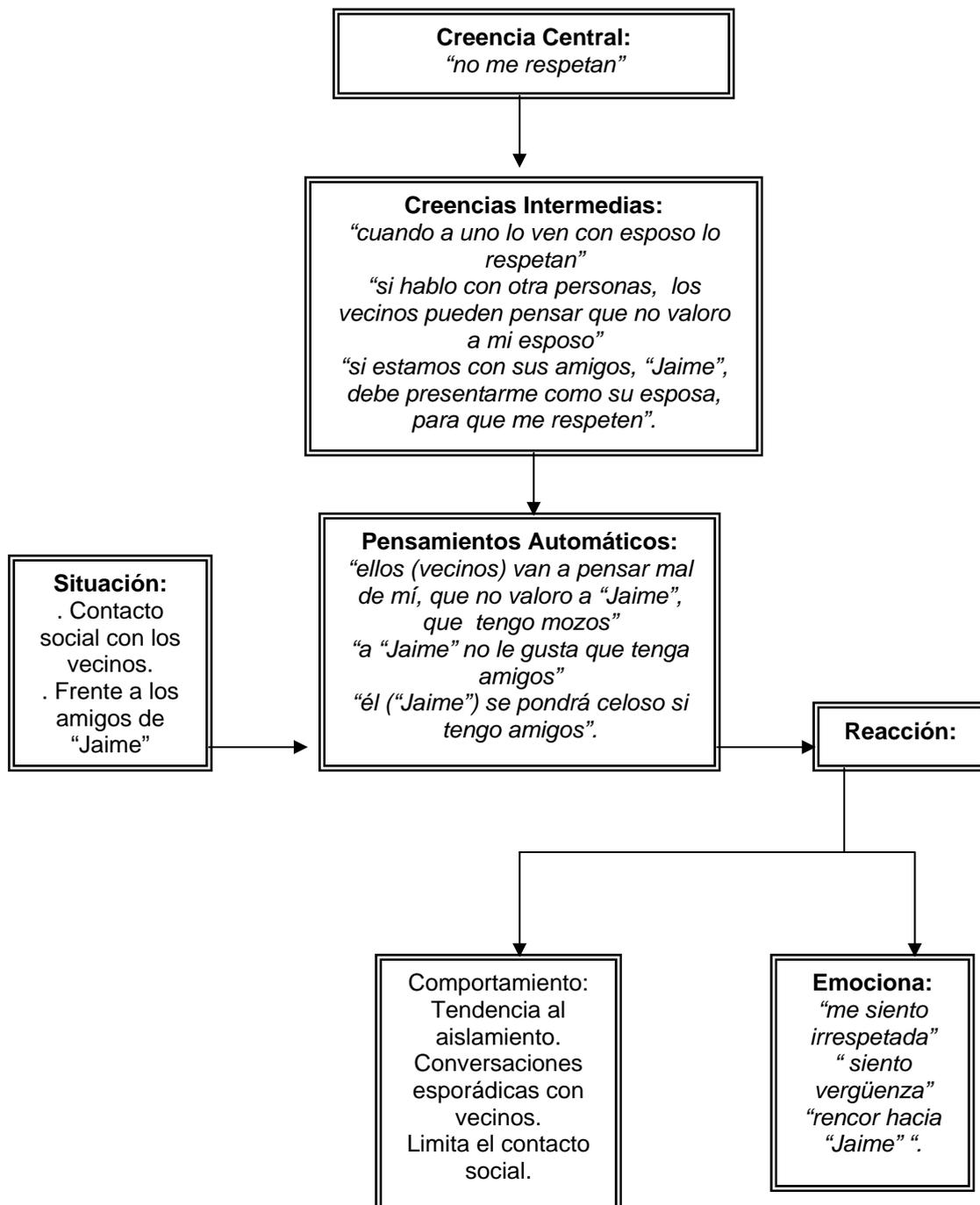
Identificación de pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el Área Familiar

Gráfica 3



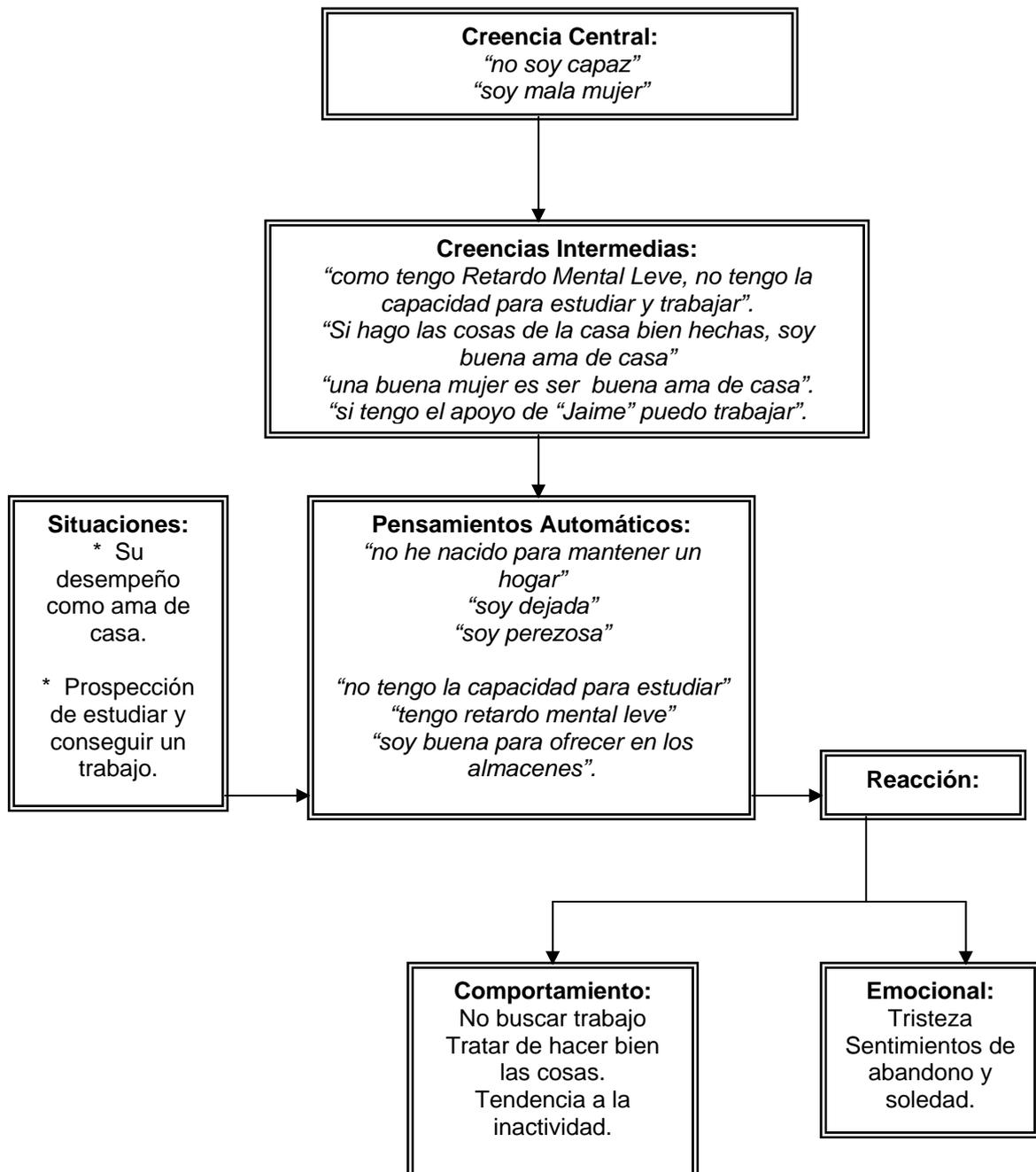
Identificación de pensamientos y creencias que conforman el autoconcepto en el Área Social

Gráfica 4



Identificación de Pensamientos y Creencias que conforman el autoconcepto en el Área Laboral

Gráfica 5



8.3. Análisis de las Características del Autoconcepto a partir de las áreas Afectiva, Familiar , Social y Laboral.

En la evaluación de las creencias y pensamientos expuestos por “María”, en relación a su autoconcepto en sus principales áreas de desempeño, se encuentra que la mayoría de ellas se ubican en los tipos de “Creencias de desamparo y de incapacidad de ser amado”, como: *“soy mala esposa”, “soy incapaz”, “no me respetan”, “no soy capaz de estudiar y trabajar, soy mala mujer”*, demostrándose en ella un autoconcepto negativo y limitante en relación a sus capacidades reales y potenciales en cuanto al desempeño adecuado en las áreas que le ofrece su contexto (Ver gráficas 2,3,4 y 5).

Con respecto a este tipo de autoevaluaciones negativas, Beck y Cols⁷⁶., consideran que son claramente visibles, cuando un individuo atraviesa por cuadros depresivos, y de hecho aseguran que los autoconceptos exageradamente positivos o negativos, como en nuestro caso de estudio, pueden ser los factores que llevan a alguien a presentar un tipo de personalidad o a tener un trastorno de personalidad, ya que pueden operar de una manera más sutil cuando se presentan rasgos de algún tipo de estos trastornos, en este caso, algunas de las creencias en relación a sí misma, se pueden clasificar dentro del contenido de esquemas típicos asociados a Trastorno de la Personalidad por Dependencia, como son: *“soy débil, no puedo responsabilizarme de mí misma”, “Necesito de la ayuda de mis padres o de “Jaime”, para salir adelante”, “no he nacido para mantener un hogar”, “si él me deja, sufriría mucho, porque tendría que responsabilizarme de mí misma”, “yo debo cambiar para que el problema con mi esposo se solucione”, “me cuesta mucho tener que relacionarme con otras personas”, “cuando estamos con sus amigos debe presentarme como su esposa para que me respeten”*.

En relación a esto, las creencias de inadecuación en su autoconcepto en relación a sus principales áreas de desempeño, junto con la situación vivida

⁷⁶ BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

con sus padres desde su infancia hasta el proceso de custodia, se han vuelto en ella verosímiles y generalizadas, *“ser buena mujer, es ser buena ama de casa, esposa y madre”*, y así mismo han permitido que se acentúen y amplíen estas creencias negativas sobre sí misma a todo el contexto de la paciente (Ver gráficas 2 y 3).

Es por ello que a nivel social se considera incompetente, presentando sentimientos de vergüenza y dificultad al establecimiento de relaciones interpersonales, las cuales se justifican y mantienen por creencias intermedias, relacionadas con las posibles reacciones de “Jaime”, presentándose en ella, errores cognitivos de tipo “Lectura del Pensamiento”, : *“para relacionarme con la gente, me cuesta, siento vergüenza, los vecinos pueden pensar que si hablo con otra gente o amigos, yo no valoro a “Jaime”, como mi esposo y que puedo tener mozos..”* (Ver gráfica 4).

De igual modo dentro de su desempeño en el área laboral, presenta creencias limitantes en su autoconcepto, y se percibe así misma, como incompetente, *“incapacitada para estudiar o trabajar”*, debido a su retardo mental leve, esto demuestra su bajo nivel de autoconfianza, puesto que tiende a descartar de lleno sus capacidades potenciales en la superación o manejo adecuado de su diagnóstico y en el desempeño de actividades que le permitan sentirse útil dentro de su grupo social (Ver Gráfica 5).

En la formación de estas creencias inadecuadas y limitantes que conforman su autoconcepto en sus principales áreas de desempeño, se encuentra que la situación vivida desde su infancia con sus padres, especialmente con su madre, las dificultades de adaptación al ambiente escolar, y el diagnóstico de Retardo Mental Leve, se han constituido en eventos generadores y mantenedores a la vez de su autoconcepto negativo, puesto que ha aprendido que lo mejor es renunciar a sus propias responsabilidades y necesidades, para que otras personas que si están “capacitadas” se hagan cargo de ellas, es por ello que las actitudes de la familia y el esposo de “María”, se constituyen en

las variables que le han limitado las oportunidades de aprender habilidades necesarias para su autonomía.

9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue el identificar el autoconcepto de una mujer víctima de violencia conyugal, a través del reconocimiento de pensamientos y creencias en relación a su desempeño dentro de las principales áreas, como son la afectiva, familiar, social y laboral, con el fin de obtener una visión más amplia acerca de las estructuras básicas cognitivas (esquemas) que junto con el proceso de socialización de un individuo, consolidan la formación del autoconcepto.

De acuerdo a la explicación teórica del Modelo Cognitivo de Beck, es a partir de las experiencias tempranas de la infancia, que las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, de otras personas y el mundo, estas creencias son una influencia directa en el modo de procesar la información que genera un estímulo, implicando un proceso cognitivo, afectivo y comportamental.

Rosen⁷⁷, argumenta que el proceso de socialización juega un papel fundamental para la formación de creencias en relación a sí mismo, puesto que desde las primeras etapas del desarrollo del ser humano, él trata de comprender su entorno, mediante la necesidad de organizar todas sus experiencias de una manera coherente para lograr una adaptación adecuada a las exigencias del medio al que pertenezca; es así como la interacción con las demás personas y el medio en general, proporcionan aprendizajes que conforman sus creencias, las cuales pueden ser funcionales o disfuncionales a la hora de afrontar situaciones que su medio le presenta.

Estas formulaciones teóricas, permitieron la identificación y comprensión de aquellas creencias y pensamientos del autoconcepto de “María”, dentro de sus principales áreas de desempeño, afectiva, familiar, social y laboral, y con la

⁷⁷ ROSEN. Citado por BECK, Judith. 2000. Op. Cit.

conceptualización cognitiva, fue posible identificar claramente todo el proceso de formación de estas creencias, junto con el reconocimiento de otras variables que se constituyen como directas generadoras y mantenedoras, en este caso particular, del autoconcepto negativo, como son el maltrato infantil del que igualmente fue víctima "María", así como el diagnóstico dado en su infancia de Retardo Mental Leve y por último la presencia de rasgos de personalidad dependiente.

Dentro del desempeño del área afectiva, se encontró que "María", posee un autoconcepto negativo, mediante la presencia de creencias intermedias, que suponen un desempeño alrededor de la aceptación de "Jaime", éstas a su vez, están reforzadas por el frecuente maltrato verbal del que es víctima. La activación de la creencia central, "*soy mala esposa*", que se ubica dentro de la categoría de la "Incapacidad de ser amado", y , junto con los pensamientos automáticos, "*no puedo despartarme de él porque lo quiero*", "*yo no tengo las capacidades para desempeñarme como buena esposa*", "*si me deja sufriría mucho*" "*no tengo la capacidad para responsabilizarme por mí misma*", suponen la presencia de rasgos dependientes en su personalidad, puesto que estos pensamientos, igualmente, hacen parte de las creencias típicas asociadas al trastorno de personalidad dependiente, que sugiere Beck (1995), para la identificación y diagnóstico de este trastorno en los pacientes; entre las sugeridas por este autor están: "soy alguien necesitado y débil", "no sé desenvolverme bien como otras personas", "ser abandonado es lo peor que me puede pasar", entre otras.

Respecto a su autoconcepto de acuerdo al área familiar, se encontró que presenta una autoevaluación de ineficiencia, en cuanto al desempeño en su rol como madre, con una creencia central de desamparo, "*soy incapaz*", y con la presencia de pensamientos automáticos que se relacionan con su desempeño en este rol, como: "*yo no tengo la capacidad que tienen otras mujeres*", "*no me siento capaz de cuidar al niño*", "*no soy buena mamá*".

Como generador y refuerzo de este autoconcepto negativo, se encuentra el hecho de que sus padres hayan asumido totalmente el cuidado y crianza del hijo de "María", según ellos a causa del diagnóstico Retardo Mental Leve, considerándola como una persona a quien no se le pueden delegar responsabilidades de ningún tipo, además durante el proceso legal de la custodia, al parecer los padres de "María", han expuesto abiertamente estas razones para continuar con la custodia del niño.

Dentro de la evaluación de sus antecedentes en la infancia para la formación de estas creencias, se encuentra que el rechazo, el maltrato físico por parte de su madre, junto con agresiones verbales, que aún en la vida adulta "María" recibe de ella, como: "perdida, perezosa, inútil", y por lo tanto carecer de modelos adecuados acerca del ser madre, se constituyen en eventos que hicieron posible el aprendizaje y apropiación de estos mensajes, que contribuyeron al establecimiento de la creencia central inadecuada acerca de su desempeño dentro del área familiar.

En el área social, se encontró que, al igual que en las anteriores áreas, el autoconcepto presentado por la paciente es negativo, demostrado en una actitud de indefensión, ya que asume que el hecho de ser la esposa de "Jaime", le brinda seguridad y respeto social, que según ella, no lo encuentra cuando se es soltera y menos si se tiene un hijo.

Sus pensamientos y creencias centrales, dejan entre ver una deficiente seguridad personal, al manifestar: "*si no tengo esposo, no me respetan*", "*yo no tengo amigos porque a él no le gusta, se pondrá celoso*", "*yo no hablo con los vecinos, porque pueden pensar mal de mí, que no lo valoro como esposo*"; entendiendo la seguridad personal como la capacidad que tiene el individuo para controlar, entender y confiar en sus capacidades, para afrontar situaciones que su medio y el grupo social le presentan⁷⁸.

⁷⁸ CORBELLÀ, Joan. 1994. Op. Cit.

Este hallazgo supone que en “María” se ha generado un estilo de afrontamiento evitativo al contacto social, con el fin de garantizar el respeto de las personas que la conocen, con el deseo de mantener ante ellas una imagen de “buena esposa” y “señora”.

De acuerdo con sus antecedentes a la formación de su autoconcepto en el desempeño social, se encuentra que “María”, presentó dificultades desde muy temprana edad, para el establecimiento y contacto de relaciones sociales adecuadas, manifestados en su desempeño dentro del ambiente escolar, el cual se caracterizó por una conducta agresiva con sus compañeros, y posteriormente en la etapa de la adolescencia, sobresale una tendencia al aislamientos y un bajo nivel de interacción con personas de su edad, de igual modo su hogar no le brindó la posibilidad de establecer y ampliar el contacto social con actividades diferentes a la interacción de abandono y agresiones que primaron hacia ella en el hogar paterno.

Corbella⁷⁹, afirma que para el desarrollo de adecuadas estrategias adaptativas al grupo social, el hogar primario debe proporcionar confianza y seguridad al establecimiento del contacto social, desde muy temprana edad, sin ser éste el único ambiente de desempeño, ya que debe promover diferentes espacios que pongan a prueba las habilidades sociales del niño, en grupos cada vez más amplios, situación a la que “María”, no le fue posible acceder.

Con respecto al autoconcepto dentro del área laboral, presentado por “María”, se determinó, que por no ejercer ningún trabajo que le implicara una remuneración económica o de subordinación a horarios al iniciar el proceso evaluativo, la posibilidad de identificar su autoconcepto dentro de esta área, mediante su autopercepción en el desempeño del rol como ama de casa, ya que lo identificaba como su oficio y la prospección presentada por la paciente respecto a posibles oportunidades laborales o académicas.

⁷⁹ Ibid. p. 12

En esta área se encontró igualmente un autoconcepto negativo y devaluativo de sus capacidades reales y potenciales, con creencias centrales de desamparo, como: *"no tengo la capacidad para estudiar.."*, *"soy mala mujer"*, creencias que generan en ella sentimientos de incapacidad para el desempeño de actividades productivas y satisfactorias, incluso en el rol de ama de casa (cocinar, lavar y arreglar la casa), ya que lo relaciona con el ideal de ser una buena mujer.

De igual manera, se hace manifiesto el bajo nivel de seguridad personal que posee "María", al enfrentarse a situaciones que le exigen un cierto nivel de productividad, tanto en las actividades de ama de casa, como ante la posibilidad de trabajar o estudiar, puesto que desde la etapa de su infancia ha desarrollado la creencia de incapacidad, esto en relación a su retardo mental leve, información que viene siendo reforzada por las ideas devaluativas que hacen sus padres y esposo, hacia ella, cuando manifiesta intenciones de culminar sus estudios de educación básica primaria o de adquirir algún tipo de responsabilidad laboral, mediante frases como: *"no estas capacitada para estudiar por el retardo mental...no puede responsabilizarse de sí misma.."*.

Finalmente, el autoconcepto de "María", quien presentaba antecedentes de maltrato conyugal, es inadecuado, puesto que presenta creencias centrales negativas que limitan la posibilidad de adoptar estrategias adecuadas para un satisfactorio desempeño en las áreas afectiva, familiar, social y laboral. En este caso, se pudo determinar que el maltrato conyugal pasa a ser un reforzador de pensamientos y creencias centrales negativas acerca de su autoconcepto, y que de igual modo estos eventos de agresión conyugal se constituyen en situaciones vulnerables a la activación de dichos pensamientos y creencias.

El autoconcepto negativo fue generado por una interacción agresiva de abandono y maltrato, en su hogar primario, encontrándose variables importantes al desarrollo de un tipo de creencias devaluativas de sus

capacidades potenciales, como el diagnóstico de retardo mental leve, e igualmente se pudo establecer mediante la conceptualización cognitiva, la presencia de rasgos de personalidad dependiente, ante lo cual Beck⁸⁰, asegura que las creencias negativas que aparecen en los pacientes con trastornos de personalidad son habitualmente, difíciles de modificar, ya que generalmente, presentan mínimas creencias centrales positivas, y en cambio han desarrollado a lo largo de su vida, múltiples creencias negativas que se interconectan y sustentan entre ellas.

Con el fin de corroborar la información suministrada por la paciente y su familia, acerca del Retardo Mental Leve, se aplicó la prueba de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS), donde obtuvo una puntuación de 62, en la escala total, que en la clasificación del DSM IV, corresponde a la categoría de Retardo Mental Leve, lo cual implica un déficit en “María” a nivel la capacidad intelectual general y actividad adaptativa. Este es uno de los factores de mayor influencia a la conformación de creencias centrales disfuncionales acerca de su autoconcepto, pero no por el trastorno en sí, sino por la actitud de los padres en el manejo y tratamiento de esta limitante, puesto que un niño o persona que es diagnosticada con este tipo de retardo mental, puede acceder a un desarrollo satisfactorio en su vida social, como una persona “normal”, mientras sea posible una adecuada estimulación ambiental y afectiva; ya que el cociente intelectual bajo, que ubica a una persona en la categoría de Retardo Mental Leve, es factible que experimente variaciones positivas, si se producen cambios en el ambiente, que impliquen una estimulación intelectual, social y afectiva⁸¹.

Este tipo de estimulación le fue negada a “María”, desde su hogar y en la manera en que sus padres la trataban, quizá porque a ellos no les fue posible acceder a una orientación profesional adecuada que les educara acerca de las implicaciones de este tipo de trastorno en los niños, la manera cómo afrontarlo

⁸⁰ BECK, A. Y Cols. 1995. Op. Cit.

⁸¹ ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA. 1998. Op. Cit.

y darle un pronóstico favorable, por lo que hicieron uso de este diagnóstico, a manera de rótulo, llevando a su hija a desarrollar y mantener creencias y pensamientos limitantes, de incapacidad acerca de sus potencialidades y habilidades sociales e intelectuales.

10. ALCANCES Y RECOMENDACIONES

La investigación logró determinar la importancia del autoconcepto en una mujer a la hora de identificar y poner en marcha estrategias adaptativas a las exigencias de su medio, en cada una de las áreas de desempeño evaluadas en esta oportunidad investigativa, como fueron: la afectiva, familiar, social y laboral.

La técnica de estudio de caso único, permitió obtener información pormenorizada y objetiva; y con los postulados teóricos de la terapia cognitiva, se constituyó en una estrategia excelente a la hora de recolectar, analizar y obtener una visión global de todo el proceso de formación del autoconcepto en la paciente.

Igualmente facilitó la identificación objetiva de las características de maltrato conyugal que presentaba nuestra paciente, mediante la creación y aplicación de un cuestionario relacionado con los tipos de violencia conyugal, en este caso, se identificó como víctima de los tres tipos de violencia que se presentan dentro de la dinámica de violencia entre la pareja.

Estos eventos de agresión física, psicológica y sexual, en donde "María" era la víctima, que además fue la característica principal para constituirse en nuestro interés investigativo, se determinó que juegan un papel fundamental a la hora de activar y por ende reforzar creencias centrales negativas de su autoconcepto en todas las áreas evaluadas, puesto que las bases principales para su formación tuvieron origen en la interacción negativa con sus padres y a lo largo de aquellos eventos y situaciones sociales y económicas que le fueron adversas a su desarrollo psicológico.

Por la naturaleza misma del estudio de caso único, sabemos que los resultados no pueden ser generalizados, pero la información arrojada por esta

investigación, da lugar a una amplia gama de temáticas y situaciones que merecen ser objeto de investigación, en relación a la importancia, mantenimiento y modificación de uno de los aspectos psicológicos más importantes del ser humano, como es todo el proceso de activación y reconocimiento del autoconcepto, el cual implica una continua reactivación de todos los procesos cognitivos a la hora de propiciar una autoevaluación acerca de las capacidades que posea una persona, cuando se enfrenta a situaciones en que su medio le exige respuestas adaptativas, y que por supuesto, de acuerdo al tipo de autoconcepto que posea, serán adaptativas o desadaptativas.

De acuerdo a las aplicaciones de la terapia cognitiva, consideramos importante, que en aquellos procesos de intervención psicoterapéutica con una población similar, se tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la temática central de esta investigación, ya que el reconocimiento del autoconcepto que presenta un paciente, nos brindará una visión psicoterapéutica amplia tanto para el proceso de evaluación, como de tratamiento.

Para aquellas entidades e instituciones que atienden a mujeres que en sus antecedentes manifiestan ser víctimas de maltrato conyugal, los resultados de esta investigación, permiten sugerir algunas estrategias, que se consideran, pueden ser de gran utilidad en la atención y tratamiento integral no sólo a las mujeres víctimas de la violencia conyugal, sino también a todas las personas que hacen parte de los eventos violentos dentro del grupo familiar.

De este modo consideramos que el trabajo interdisciplinario es la mejor herramienta a la hora de una atención integral, puesto que va desde el proceso informativo, educativo, de tratamiento y hasta de prevención, de todo lo concerniente a la condición central que presente la paciente, que en este caso, es la violencia intrafamiliar y conyugal. Con el trabajo de profesionales en cada uno de los aspectos que abarcan esta temática, será factible que se aporte activamente a la prevención y posible erradicación de una de las problemáticas

sociales con mayor relevancia, debido a los fuertes estragos que a nivel individual a causado.

Se sugiere que además de la intervención psicoterapéutica individual, de corte cognitivo, se fomenten espacios en estas instituciones para el trabajo psicoterapéutico grupal, con aquellas mujeres que presenten similitud en su motivo de consulta, el cual debe ser coordinado por un psicólogo, y contar con la participación de un abogado, un trabajador social y un médico o una enfermera, y a partir de la exposición de los casos vividos por cada una de las pacientes, se llevará a cabo el respectivo proceso de retroalimentación por parte de cada uno de los profesionales, de acuerdo a su campo de acción, de este modo se garantiza que se lleve a cabo el proceso educativo, de tratamiento y de prevención a la agudización de los cuadros de agresión e interacción violenta dentro del hogar, que victimizan a mujeres y niños.

Con el fin de trabajar sobre la modificación de creencias centrales negativas acerca del autoconcepto dentro de las áreas social y laboral, se sugiere complementar el grupo interdisciplinario, con un experto en la recreación y adecuación física, puesto que permitiría la creación de actividades lúdicas y de expresión corporal, que servirán para la disminución de síntomas ansiosos y depresivos que son los que mayormente presentan las mujeres con este tipo de antecedentes de violencia conyugal, al mismo tiempo permitirá que se incremente el nivel de contacto social y por ende el desarrollo y puesta en práctica de las habilidades sociales, tan importantes dentro de la vida social de todo individuo.

BIBLIOGRAFIA

BECK, A., RUSH, J., SHAW, B. y EMERY, G. Terapia Cognitiva de la Depresión. 10° Ed. España: Desclée de Brouwer. 1983.

BECK, A., FREEMAN, A., y otros. Terapia Cognitiva en los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós. 1995

BECK, A., WRIGHT, F., NEWMAN, C. Y LIESE, B. Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona: Paidós. 1999

BECK, J. Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. Barcelona: Gedisa. 2000.

BIBLIOTECA PRÁCTICA PARA PADRES Y EDUCADORES Pedagogía y Psicología Infantil. El período escolar. Madrid: Cultural. 1996.

CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN. CAJANAL. Convivencia Familiar, Un Nuevo Despertar. Santa fe de Bogotá: Imprenta Nacional. 1998.

Cifras Actualizadas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses producidas por el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 1999.

COMISARÍA FAMILIA SECCIONAL PASTO. Cifras Actualizadas sobre Violencia Intra familiar. 2001

CORBELLA, J. Descubrir la Psicología. Cuaderno sobre el Comportamiento Humano Barcelona: Folio. 1994

DATTILIO, F., Y PADESKY, C. Terapia Cognitiva con Parejas. España: Desclée de Brouwer. 1994.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Mecanismos de Protección de la Mujer Víctima de la Violencia Intra familiar y Sexual. Santa fe de Bogotá: Imprenta Nacional. 1995.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Su Defensor, 50. Santa fe de Bogotá: Imprenta Nacional. 1999.

DE VEGA, M. Introducción a la Psicología Cognitiva. Alianza Psicológica. 1994.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA. Diccionario. Barcelona: Océano. 1998.

GOBERNACIÓN DE NARIÑO Y COLS. V Encuentro Departamental de Educación Sexual. Por la Afectividad. San Juan de Pasto: La Castellana. 2.001.

HEDERICH, C., CAMARGO, A., GUZMÁN, L., Y PACHECO, J. Regiones Cognitivas en Colombia. Universidad Pedagógica Nacional, Santa fe de Bogotá: Grafemas. 1995.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. (ICBF) y FUDESCO Programa de Educación para padres de familia de los Hogares Comunitarios de Bienestar. Santa fe de Bogotá: Silit Editores. 1995.

LÓPEZ, C Y MAYA, J. Evaluación del nivel de auto concepto y diseño de una propuesta de intervención cognitiva comportamental en los pacientes parapléjicos de la fundación FUNDAVIDAS. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño. 2000.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM IV. Barcelona: Masson. 1995.

MCKAY, M. Y FANNING, P. Autoestima: Evaluación y Mejora. Barcelona: Martínez Roca. 1991.

PAPALIA, D. Y WENDKOS, S. Psicología del Desarrollo. 7ª ED. Santa fe de Bogotá: Mc Graw Hill. 1997

POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR HAZ PAZ. Compendio Normativo y Diccionario. Versión Interdisciplinaria. Violencia Intra familiar. Vol. 1. Santa fe de Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2.000.

POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR HAZ PAZ. Reflexiones sobre Violencia de Pareja y Relaciones de Género. Violencia Intra familiar. Vol. 4. Santa fe de Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2.000.

RISO, W. Depresión. Santa fe de Bogotá: Centro de Estudios Avanzados en Psicología Clínica. 1992.

ROJAS, N. La Pareja, Cómo Vivir Juntos. Santa fe de Bogotá: Planeta. 1994.

STAKE, R. Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata. 1998

USCÁTEGUI, M. Investigación Cualitativa. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño. 1999

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE VIOLENCIA CONYUGAL

El presente cuestionario es realizado con el fin de determinar el tipo de violencia conyugal del que son víctimas algunas mujeres de nuestro medio. De este modo la información aquí suministrada será utilizada únicamente con fines investigativos.

La información aquí consignada será manejada únicamente por el personal profesional encargado de este estudio, por tal motivo le solicitamos que responda el cuestionario con plena sinceridad. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responder, si encuentra alguna pregunta que no le es clara, pida orientación a quien le aplique este cuestionario.

Le agradecemos por su valiosa colaboración.

Datos Personales

Fecha:

Edad:

Nivel Educativo:

Ocupación:

Estado Civil:

No. Hijos:

A. Violencia Física

1. Su compañero o esposo la ha maltratado físicamente?
SI ___ NO___
2. De qué forma y con qué objetos se manifestó o manifiesta ese tipo de maltrato?
 - a. Puños ___ b. Patadas ___ c. Palos___
 - d. Correas___ e. Cuchillos___
 - f. Otros ___ Cuáles: _____
3. Cuáles han sido las consecuencias de este maltrato?
 - a. Heridas___ b. Hemorragias___ c. Fracturas___
 - d. Hospitalizaciones___ e. Deformaciones físicas___
 - f. Otros: ___ cuáles: _____
4. Cuáles son las principales causas del maltrato que ejerce su esposo hacia ud.?
 - a. Celos___ b. Problemas económicos ___
 - c. Problemas con hijos___ d. Estados de embriaguez: ___
 - e. Otros: ___ Cuáles: _____
5. Cómo reacciona ud a éstas agresiones?
 - a. Se esconde___ b. Se defiende:_____
 - c. Llama a la policía o pide ayuda: ___ d. Le cuenta a una amiga: ___
 - e. Nada___ f. Otros ___ Cuáles?:_____

B. Violencia Psicológica

1. Considera que su esposo la ha maltratado psicológicamente?
SI ___ NO___
2. Su esposo se dirige o refiere a ud. Con palabras soeces o insultantes?
SI ___ NO___ Cuáles: _____
3. Ha sentido alguna vez que su pareja controla su vida?
SI ___ NO___

Por qué?: _____

4. Su pareja le ha prohibido alguna vez:

a. Salir___ b. Trabajar ___ c. Estudiar ___ d. Visitar a su familia. ___

e. Otros___ Cuáles?_____

5. Por dificultades conyugales su pareja la ha amenazado alguna vez con:

a. Quitarle a sus hijos— b. Quitarle apoyo económico___

b. Matar a ud. O a sus hijos___ d. Separarse___ e. Otros___

Cuáles:_____

6. Cómo se siente ud. Después de este tipo de trato?

a. Asustada___ b. Nerviosa ___ c. Deprimida ___ d. Sola___

e. Otros___

Cuáles?_____.

C. Violencia Sexual

1. Su pareja la obliga a tener relaciones sexuales bajo la presión de chantajes o amenazas? SI ___ NO___

2. Durante las relaciones sexuales, su pareja la obliga a realizar prácticas con las cuales ud, no está de acuerdo? SI___ NO ___

3. Se ha sentido menospreciada y/o avergonzada por prácticas sexuales sugeridas por su compañero? SI___ NO___

4. De qué manera a afrontado estos maltratos?

a. Denuncia___ b. Huída___ c. Llanto ___ d. Defendiéndose ___

e. Otros___ Cuáles?_____

5. Cuáles han sido las consecuencias de este tipo de maltrato?

a. Depresión ___ b. Ansiedad: ___ c. Separación:___ d. Embarazos no deseados___ e. Otros___ Cuáles?:_____

5. Cuántas veces ha sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja en el último año?:

a. Nunca___ b. una vez:___ c. Entre 2 y 4 veces: ___

d. 5 veces o más___.

6. De los tipos de violencia conocidos, cuál de ellos considera que le ha causado más daño?:

a. Violencia física: _____

b. Violencia Psicológica: _____

c. Violencia Sexual: _____

Porque: _____

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE VIOLENCIA CONYUGAL

El presente cuestionario es realizado con el fin de determinar el tipo de violencia conyugal del que son víctimas algunas mujeres de nuestro medio. De este modo la información aquí suministrada será utilizada únicamente con fines investigativos.

La información aquí consignada será manejada únicamente por el personal profesional encargado de este estudio, por tal motivo le solicitamos que responda el cuestionario con plena sinceridad. Lea cuidadosamente las preguntas antes de responder, si encuentra alguna pregunta que no le es clara, pida orientación a quien le aplique este cuestionario.

Le agradecemos por su valiosa colaboración.

Datos Personales

Fecha: *noviembre 2001.*

Edad: *21 años*

Nivel Educativo: *tercero de primaria*

Ocupación: *ama de casa*

Estado Civil: *soltera*

No. Hijos: *01.*

A. Violencia Física

1. Su compañero o esposo la ha maltratado físicamente?

SI x NO ___

2. De qué forma y con qué objetos se manifestó o manifiesta ese tipo de maltrato?

a. Puños ~~x~~ b. Patadas ~~x~~ c. Palos ___

d. Correas ___ e. Cuchillos ___

f. Otros x Cuáles: cachetadas

3. Cuáles han sido las consecuencias de este maltrato?

a. Heridas ___ b. Hemorragias ___ c. Fracturas ___

d. Hospitalizaciones ___ e. Deformaciones físicas ___

f. Otros: ~~x~~ cuáles: ~~moretones~~

4. Cuáles son las principales causas del maltrato que ejerce su esposo hacia ud.?

a. Celos ___ b. Problemas económicos x ___

c. Problemas con hijos ___ d. Estados de embriaguez: x

e. Otros: x Cuáles por no hacerle las cosas bien.

5. Cómo reacciona ud a éstas agresiones?

a. Se esconde ___ b. Se defiende: x, con una olla

c. Llama a la policía o pide ayuda: ~~x~~ d. Le cuenta a una amiga: ~~x~~

e. Nada ___ f. Otros ___ Cuáles?: _____

D. Violencia Psicológica

1. Considera que su esposo la ha maltratado psicológicamente?

SI x NO ___

2. Su esposo se dirige o refiere a ud. Con palabras soeces o insultantes?

SI x NO ___ Cuáles: inútil, estorbo, fea

3. Ha sentido alguna vez que su pareja controla su vida?

SI x NO ___

Por qué?: tengo que avisarle todo

4. Su pareja le ha prohibido alguna vez:

a. Salir___ b. Trabajar ~~x~~ c. Estudiar ___ d. Visitar a su familia. ___

e. Otros___ Cuáles?_____

5. Por dificultades conyugales su pareja la ha amenazado alguna vez con:

a. Quitarle a sus hijos ~~x~~ b. Quitarle apoyo económico___

d. Matar a ud. O a sus hijos___ d. Separarse___ e. Otros___

Cuáles:_____

6. Cómo se siente ud. Después de este tipo de trato?

a. Asustada___ b. Nerviosa x c. Deprimida x d. Sola___

f. Otros___

Cuáles?_____.

E. Violencia Sexual

1. Su pareja la obliga a tener relaciones sexuales bajo la presión de chantajes o amenazas? SI x NO___

2. Durante las relaciones sexuales, su pareja la obliga a realizar prácticas con las cuales ud, no está de acuerdo? SI___ NO x

3. Se ha sentido menospreciada y/o avergonzada por prácticas sexuales sugeridas por su compañero? SI x NO___

4. De qué manera a afrontado estos maltratos?

a. Denuncia___ b. Huída___ c. Llanto___ d. Defendiéndose x

e. Otros___ Cuáles?_____

5. Cuáles han sido las consecuencias de este tipo de maltrato?

a. Depresión ~~x~~ b. Ansiedad: x c. Separación:___ d. Embarazos no deseados___ e. Otros___ Cuáles?:_____

7. Cuántas veces ha sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja en el último año?:

a. Nunca___ b. una vez:___ c. Entre 2 y 4 veces: x

d. 5 veces o más___.

8. De los tipos de violencia conocidos, cuál de ellos considera que le ha causado más daño?:

a. Violencia física: _____

b. Violencia Psicológica: _____

e. Violencia Sexual: x

Porque: “a mi no me gusta cuando esta borracho estar con él, y cuando me pega y me queda morado tengo que mentirle a mi mamá porque él me dice que no avise o si no se le puede hacer un problema a él”

ANEXO B
AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN
DE SESIONES PSICOTERAPÉUTICAS

Yo, _____, identificada con C.C. número _____ de _____, autorizo para que mis sesiones psicoterapéuticas sean grabadas, para fines investigativos en el área de psicología clínica. Dicha información será manejada únicamente por profesionales de la psicología y mi nombre, dirección, teléfono, número de historia clínica o expediente no serán revelados en ningún momento y sólo los conocerá mi terapeuta.

Firmada en Pasto, a los ____ días, del mes _____,
del año _____.

Firma de la paciente: _____

Firma de la psicóloga (p): _____

ANEXO C

Formato de Auto registro

Fecha y lugar del acontecimiento conflictivo con su pareja.	Descripción de la situación conflictiva.	Pensamientos automáticos que se presentan durante e inmediatamente después del evento de conflicto.	Emoción o sentimiento experimentado durante y después del evento.	Cómo maneja ud, la situación y descripción de su comportamiento durante y después del evento.	Cómo evalúa su reacción y respuesta presentada durante el conflicto?.

ANEXO C. 1.

Formato de Auto registro

Fecha y lugar del acontecimiento conflictivo con su pareja.	Descripción de la situación conflictiva.	Pensamientos automáticos que se presentan durante e inmediatamente después del evento de conflicto.	Emoción o sentimiento experimentado durante y después del evento.	Cómo manejo ud, la situación y descripción de su comportamiento durante y después del evento.	Cómo evalúa su reacción y respuesta presentada durante el conflicto?.
<i>Sábado, 4:30 pm. 17 de Noviembre</i>	<i>“Jaime”, llegó del trabajo, le serví la comida y se puso bravo porque la comida estaba mal hecha.</i>	<i>Yo me puse a pensar que él tenía razón, esas alverjas no eran de echar sin remojar, tenía que estar remojadas para echar el arroz.</i>	<i>Me dio susto</i>	<i>De quedarme callada, dejándolo hablando solo, lo dejo que le pase la rabia.</i>	<i>Que él tenía razón, yo hice mal el arroz.</i>
<i>Domingo, 7:00pm. 18 de Noviembre</i>	<i>Trate de hacer bien la comida que a él le gusta.</i>	<i>Me estoy haciendo responsable de las cosas de la casa. “Jaime” esta cambiando a uno lo esta aprendiendo a querer más.</i>	<i>Me sentí contenta.</i>	<i>Seguir haciendo las cosas así, contenta.</i>	<i>Si hago las cosas como él dice, no se pone de grosero, es bien calmado.</i>

