

**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA FÍSICA OCASIONADA POR SUS PAREJAS SEGÚN EL
MODELO DE TERAPIA COGNITIVA Y EL MODELO MULTIFACTORIAL
DE VULNERABILIDAD, ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL
MUNICIPIO DE PASTO**

**ELIZABETH BASTIDAS ORTÍZ
VIVIANA LORENA NARVÁEZ CAICEDO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

2007

**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA FÍSICA OCASIONADA POR SUS PAREJAS SEGÚN EL
MODELO DE TERAPIA COGNITIVA Y EL MODELO MULTIFACTORIAL
DE VULNERABILIDAD, ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL
MUNICIPIO DE PASTO**

ELIZABETH BASTIDAS ORTÍZ

VIVIANA LORENA NARVÁEZ CAICEDO

Asesor de la Investigación:

Ps. LEONIDAS ALFONSO ORTÍZ DELGADO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2007

NOTA DE ACEPTACIÓN

ASESOR

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

Ps. Leonidas Ortíz, por brindarnos su confianza, su amistad y sus invaluable conocimientos para culminar con éxito esta investigación.

A las personas entrevistadas, por permitirnos conocer sus historias de vida y comprender sus percepciones.

A quienes de alguna manera contribuyeron en nuestro proceso de crecimiento académico y personal.

Dedicado a

*A mi **familia** por su apoyo, compañía y
comprensión en todas las etapas de mi vida.*

*A **Viviana**, mi mejor amiga, porque nuestra amistad.
no depende de cosas como el tiempo y el espacio*

Elizabeth

Dedicado a

*A mis **padres**, quienes me permitieron aprender que el esfuerzo y la perseverancia son los principios del éxito.*

*A **Ricardo**, mi hermano, quien me permitió comprender que a pesar de las dificultades se debe continuar con una sonrisa.*

*A **Orlando**, quien es mi amigo, mi amor, mi compañero.*

*A **Elizabeth**, mi gran amiga y mi cómplice.*

Viviana

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	1
Abstract	12
Resumen	13
INTRODUCCION	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
Formulación del Problema	25
Sistematización del Problema	26
JUSTIFICACIÓN	27
OBJETIVOS	30
Objetivo General	30
Objetivos Específicos	30
MARCO TEÓRICO	31
Familia	31
Violencia Intrafamiliar	34
Categorías de Violencia Intrafamiliar	37
Violencia Hacia la Mujer y en la Pareja (Doméstica)	37
Formas de Violencia Doméstica	39
Maltrato Infantil	41
Violencia Hacia el Adulto Mayor	42
Violencia Hacia los Discapacitados	43
Formas de Violencia	43
Violencia Física	43

Violencia Psicológica	44
Trato Degradante	45
Acoso	45
Manipulación	46
Abandono	47
Abuso Sexual	47
Abuso Económico	48
Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck	48
Conceptualización Cognitiva	51
Datos Relevantes de la Historia de la Persona	52
Pensamientos Automáticos	53
Identificación de Pensamientos Automáticos	56
Creencias Intermedias	58
Creencias Centrales	58
Identificación de Creencias Intermedias y Centrales	60
Distorsiones Cognitivas	63
Estrategias Compensatorias	69
Reacciones Emocionales	70
Reacciones Comportamentales	73
Reacciones Fisiológicas	73
Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring	74
Factores de Vulnerabilidad	75
MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	78

Violencia Intrafamiliar	78
Violencia Física Hacia la Mujer Ocasionada por su Pareja	78
Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck	78
Datos Relevantes de la Historia de la Persona	79
Pensamientos Automáticos	79
Creencias Intermedias	79
Creencias Centrales	79
Distorsiones Cognitivas	80
Estrategias Compensatorias	80
Reacciones Emocionales	80
Reacciones Comportamentales	80
Reacciones Fisiológicas	80
Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring	81
METODOLOGÍA	82
Enfoque Investigativo	82
Tipo de Investigación	82
Método	83
Diseño	83
Población	83
Muestra	85
Instrumentos de Recolección de Información	86
Procedimiento	87
Etapa 1. Definición Situación-Problema	87

Exploración de la Situación	87
Diseño	88
Etapa 2. Trabajo de Campo	88
Recolección de Datos	88
Organización de la Información Cuantitativa	89
Ji cuadrada de bondad de ajuste χ^2	89
Organización de la Información Cualitativa	91
Etapa 3. Análisis e Interpretación	91
Etapa 4. Síntesis y Exposición	91
RESULTADOS	93
Factores de Vulnerabilidad	93
Factores Demográficos	94
Edad	94
Escolaridad	95
Estado Civil	96
Religión	97
Ocupación	99
Lugar de Residencia	100
Nivel Socio-económico	101
Lugar de Procedencia	102
Factores Familiares	104
Composición de la Familia de Origen	104

Situaciones Negativas en la Familia de Origen	105
Separación de los Padres	106
Consumo de Sustancias Psicoactivas	106
Violencia Intrafamiliar	106
Composición de la Familia Actual	109
Situaciones Negativas en la Familia Actual	110
Relación de Pareja	113
Tipo de Violencia Ejercida por la Pareja hacia la Mujer	113
Tipo y Frecuencia de Lesiones Físicas Recibidas	114
Formas de Violencia Física hacia la Mujer	114
Motivos de la Violencia	115
Las consecuencias Físicas de la Violencia en la Mujer	116
Las Consecuencias Psicológicas de la Violencia en la Mujer	117
Factores Socio-económicos	118
Factores Sociales	118
Relaciones Sociales Establecidas	119
Conflictos Sociales	121
Factores Económicos	121
Ingresos Económicos Mensuales de las Mujeres	121
Persona Quien Aporta Económicamente al Hogar	122
Conflictos Económicos	124
Factores de Salud	124
Factores de Salud Física	124

Factores de Salud Mental	127
Resultados desde el Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck	128
Pensamientos Automáticos	130
Creencias Intermedias	131
Creencias Centrales	133
Distorsiones Cognitivas	134
Estrategias Compensatorias	134
Reacciones	135
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	136
RECOMENDACIONES	154
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
ANEXOS	166
Anexo A. Formato de Entrevista Semi-estructurada	167
Anexo B. Autoregistro de Pensamientos	175
Anexo C. Formato de Consentimiento Informado	176
Anexo D. Valores de χ^2 a los Niveles de Confianza .05 y .01	178
Anexo E. Matriz de Triangulación Interpretativa	179

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución de casos de violencia según género de la víctima en el año 2005.	21
Figura 2.	Distribución de casos de violencia según género de la víctima en el año 2006.	21
Figura 3.	Diagrama de Conceptualización Cognitiva.	52
Figura 4.	Auto-registro de Pensamientos automáticos.	57
Figura 5.	Categorías de creencias centrales de desamparo.	60
Figura 6.	Categorías de creencias centrales de incapacidad de ser amado.	60
Figura 7.	Ejemplo del empleo de la Técnica Flecha Descendente.	63
Figura 8.	Estrategias compensatorias típicas propuestas A. Beck	69
Figura 9.	Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring.	77
Figura 10.	Distribución de casos por rango de edad.	95
Figura 11.	Distribución de casos por nivel educativo.	96
Figura 12.	Distribución de casos por estado civil.	97
Figura 13.	Distribución de casos por grupo religioso.	98
Figura 14.	Distribución de casos por ocupación.	100
Figura 15.	Distribución de casos por lugar de residencia.	101
Figura 16.	Distribución de casos por nivel socio-económico.	102
Figura 17.	Distribución de casos por Lugar de Procedencia.	103
Figura 18.	Distribución de casos por Composición Familia de Origen.	105

Figura 19.	Distribución de casos por Situaciones Negativas en Familia de Origen.	107
Figura 20.	Distribución de casos por Tipos de Violencia Recibida en la Familia de Origen.	108
Figura 21.	Distribución de casos por Tipos de Familia Actual.	110
Figura 22.	Distribución de casos por Situaciones Negativas en la Familia Actual.	112
Figura 23.	Distribución de casos por Tipo de Violencia Ocasionada por la Pareja.	113
Figura 24.	Distribución de casos por Conductas Violentas (Físicas) hacia la mujer.	114
Figura 25.	Distribución por Formas de Violencia Psicológica.	115
Figura 26.	Distribución de casos por Motivos de Violencia Hacia la Mujer.	116
Figura 27.	Distribución de casos por las Consecuencias Físicas en la Mujer.	117
Figura 28.	Distribución de casos por las Consecuencias Psicológicas en la Mujer.	118
Figura 29.	Distribución de casos por las Relaciones Sociales Establecidas.	120
Figura 30.	Distribución de casos por los Ingresos Económicos Mensuales de la Mujer.	122

Figura 31.	Distribución de casos por la Persona Quien Aporta Económicamente.	123
Figura 32.	Distribución de casos por Factores de Salud Física.	125
Figura 33.	Distribución de casos por Diagnóstico Médico.	126
Figura 34.	Distribución de casos por Violencia Física o Psicológica en el Embarazo.	127
Figura 35.	Distribución de casos por Distorsiones Cognitivas.	134
Figura 36.	Análisis de las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.	150

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Frecuencias Observadas por Escolaridad y Deserción Escolar.	96
Tabla 2.	Frecuencias Observadas por Estado Civil y Periodo de Convivencia.	97
Tabla 3.	Frecuencias Observadas por Religión y Práctica Religiosa.	98
Tabla 4.	Frecuencias Observadas por Ocupación y Tiempo de Trabajo.	99
Tabla 5.	Frecuencias Observadas por Nivel y Subnivel Socioeconómico.	102
Tabla 6.	Frecuencias Observadas por Composición Familia de Origen y Hermanos.	105
Tabla 7.	Frecuencias Observadas por Consumo de Sustancias Psicoactivas en Familia de Origen y Consumidor.	106
Tabla 8.	Frecuencias Observadas por Violencia Intrafamiliar y Miembros de la Familia.	107
Tabla 9.	Frecuencias Observadas por Tipo de Violencia Recibida en la Familia de Origen y Persona que Maltrata.	109
Tabla 10.	Frecuencias Observadas por Tipo de Violencia Recibida en la Familia de Origen y Persona que Maltrata.	110
Tabla 11.	Frecuencias Observadas por Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Familia Actual y Consumidor.	111

Tabla 12.	Frecuencias Observadas por Relaciones de Pareja Anteriores y Número de Relaciones.	119
Tabla 13.	Frecuencias Observadas por Relaciones Sociales Establecidas y Tipo de Relación.	120
Tabla 14.	Frecuencias Observadas por Ingresos Económicos Mensuales y Ocupación.	122
Tabla 15.	Frecuencias Observadas por Persona Quien Aporta Económicamente y Concepto de Gasto.	123
Tabla 16.	Frecuencias Observadas por Asistencia a Servicios de Salud Mental y Diagnóstico.	128

Abstract

The psychosocial characteristics of women victims of psychical violence caused by their couples (in more than an occasion) who assisted to the urgencies unit of the Hospital Universitario Departamental de Nariño in the municipality of Pasto are identified according to the Cognitive Pattern of A.Beck and the Multifactorial of Psychosocial Vulnerability Pattern of Zubbin and Spring during the year 2006 through the interaction of two types of methodology qualitative and quantitative. The first one guide to analyze and to interpret the knowledge of the women interviewed on the reason why they tolerate the violence caused by their couples by the elaboration of a womb of interpretive information. The second guided to describe the vulnerability factors and their statistical significance as elements that could impact on the presentation of the violence against the woman by the statistical test square ji (X^2). Finally it was carried out an outline in which it shows up the psychosocial characteristics that were found.

Resumen

Se identifican las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas (en más de una ocasión), atendidas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto, de acuerdo al Modelo Cognitivo de A. Beck y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad Psicosocial de Zubin y Spring, durante el año 2006 a través de la integración de los dos tipos de metodología, cualitativa y cuantitativa, la primera orientada a analizar e interpretar las cogniciones de las mujeres entrevistadas sobre la razón por la cual toleran la violencia ocasionada por sus parejas, mediante la elaboración de una matriz de información interpretativa. La segunda, orientada a describir los factores de vulnerabilidad y su significancia estadística como elementos que podrían incidir sobre la presentación de la violencia contra la mujer mediante la prueba estadística Ji cuadrada (χ^2). Finalmente se realizó un esquema en el cual se presentan las características psicosociales encontradas.

**CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA FÍSICA OCASIONADA POR SUS PAREJAS SEGÚN EL
MODELO DE TERAPIA COGNITIVA Y EL MODELO MULTIFACTORIAL
DE VULNERABILIDAD, ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL
MUNICIPIO DE PASTO**

Las grandes consecuencias que ocasiona la violencia física hacia la mujer han generado el interés de la mayoría de gobiernos y entidades de salud por recopilar información que permita conocer el origen de esta problemática; de igual manera se han realizado esfuerzos a nivel mundial por obtener las estadísticas e indicadores epidemiológicos que midan la prevalencia de la violencia.

Además de los datos estadísticos que genera el problema se han identificado graves implicaciones que produce la violencia hacia la mujer, en términos de salud mental y física, funcionamiento social, pérdidas económicas, entre otros.

Esta investigación estuvo dirigida a identificar y analizar las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas (en más de una ocasión), atendidas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto, de acuerdo al Modelo Cognitivo de A. Beck y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad Psicosocial de Zubin y Spring, durante el año 2006. Se manejaron conceptos importantes de los modelos que ayudaron a

ampliar la descripción de las características estudiadas. La investigación integra los dos tipos de metodología, cualitativa y cuantitativa, la primera se orientó a analizar e interpretar las cogniciones de las mujeres entrevistadas sobre la razón por la cual toleran la violencia ocasionada por sus parejas, mediante la elaboración de una matriz de información interpretativa. La segunda, estuvo orientada a describir los factores de vulnerabilidad y su significancia estadística como elementos que podrían incidir sobre la presentación de la violencia contra la mujer mediante la prueba estadística Ji cuadrada (χ^2). Se utilizaron como instrumentos de recolección de información una entrevista semi-estructurada y un autoregistro de pensamientos para ser aplicados a mujeres víctimas de violencia física. Los datos obtenidos pasaron a la etapa de análisis estadístico e interpretativo para ser clasificados, ordenados y relacionados con los supuestos teóricos que orientan la investigación y de esta manera comprender la problemática objeto de estudio. Finalmente se realizó un esquema en el cual se presentan las características psicosociales encontradas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar es una forma de establecer relaciones y de afrontar los conflictos recurriendo a la fuerza, la amenaza, la agresión o al abandono (Muillender, 2005). La violencia intrafamiliar está definida en el artículo 3° de la ley 294 de 1996 como todo daño físico o psíquico, amenaza o agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro de la familia (Congreso República de Colombia, citado por Muillender, 2005).

Las categorías de la violencia intrafamiliar se definen según el contexto en que ocurren los actos y fundamentalmente de acuerdo a la identidad de la víctima, la que generalmente se encuentra dentro de los grupos definidos culturalmente como los de menor poder en la estructura jerárquica de la familia (Contreras, 2001).

Dado que en el marco de una cultura patriarcal las variables decisivas para establecer la distribución del poder son género y edad, los miembros de la familia en mayor riesgo y quienes son las víctimas más frecuentes determinan las distintas categorías de la violencia intrafamiliar, estas son: la violencia hacia la mujer (y en la pareja), el maltrato infantil, el maltrato al adulto mayor y la violencia hacia los discapacitados (físicos y mentales), estos últimos se consideran como una categoría individual dada su particular condición de vulnerabilidad (Contreras, 2001).

Aunque en la literatura se encuentran delimitadas dichas categorías, una de las dificultades más grandes a las que se enfrentan las

investigaciones sobre violencia intrafamiliar es definir claramente los diferentes tipos de esta problemática, dado que la opinión que existe varía en función de las personas y los contextos en los que se manifiesta. Esta investigación estuvo dirigida a estudiar la temática específica de la violencia física hacia la mujer ocasionada por su pareja, en parejas heterosexuales, entendida como todo acto no accidental, único o repetido, realizado por el hombre que provoca daño físico a la mujer (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), la violencia física hacia la mujer se define en función de la siguiente lista de actos violentos ocasionados por su pareja, donde ella había sido: a) abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera hierla, b) empujada o le habían tirado del cabello, c) golpeada con el puño u otra cosa que pudiera hierla, d) golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza, e) estrangulada o quemada a propósito y f) amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella.

Hasta hace pocos años la mayoría de los gobiernos y las personas responsables de la formulación de leyes consideraban la violencia contra la mujer como un problema social de importancia relativamente menor, sobre todo en lo que se refiere a la violencia “doméstica” ocasionada por la pareja. Sin embargo, desde la década de los noventa, los esfuerzos emprendidos por las organizaciones de mujeres, los medios de comunicación, los expertos y algunos gobiernos comprometidos con esta cuestión han generado una

profunda transformación de la sensibilización pública con respecto a este problema. Desde que se celebró la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena en el año 2003, y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer ese mismo año, la sociedad civil y los gobiernos han reconocido que la violencia ejercida contra la mujer constituye una preocupación de las políticas públicas y de los derechos humanos (OMS, 1996). En Colombia se implementó en el año 2000 el Plan Estratégico de Acción de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) que trata sobre la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer y contempla como una de sus estrategias los avances en materia legislativa como la aprobación por parte del Congreso de la República de la Ley 882 de 2004, mediante la cual se modifica el artículo 229 (Violencia Intrafamiliar) del Código Penal Colombiano, aumentando la pena contra el agresor en el evento en que el maltrato recaiga en un menor o una mujer (Estado Colombiano, 2004).

El departamento de Nariño cuenta con “Instituciones amigas de la mujer y la infancia” (IAMI) y “Maternidad Segura” encargadas de proteger los derechos de las mujeres y los niños brindando atención a las víctimas de las diversas formas de violencia (Gobernación de Nariño, 2004).

Así pues, actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de derechos humanos y salud pública que afecta a todos los países y a todos los sectores de la sociedad (Brannon y Feist, 2002).

Según la OMS (1996) aunque la labor realizada en el campo de la investigación sobre la prevalencia de violencia contra la mujer ha generado sus frutos con el establecimiento de normas internacionales, la tarea de documentar la magnitud de la violencia ejercida contra las mujeres y de recopilar información fiable y comparativa ha sido extremadamente difícil, debido al temor de la víctima a denunciar a su agresor, como lo confirma el documento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2003) que manifiesta algunas razones que originan ese temor como el desconocimiento de las leyes que protegen a las mujeres y la angustia a ser agredidas nuevamente.

Tras examinar una serie de estudios realizados antes del año 1999 en 35 países, se comprobó que entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Entre el 10% y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2002).

En Colombia muere aproximadamente cada seis días una mujer a manos de su pareja y ex pareja; reportes de prensa en 2004 dieron cuenta de 16 casos en los que el maltrato familiar terminó en asesinato, con un total de 21 personas asesinadas, pues también fueron víctimas otros integrantes de la familia (El Tiempo, 2004).

En el año 2004 las 21 comisarías de familia de Bogotá atendieron 86.428 casos de violencia intrafamiliar, que en su mayoría afectaron a mujeres y a niños. Sólo en el 2005 la seccional Bogotá de Medicina Legal, realizó 22.555 dictámenes de lesiones personales por violencia intrafamiliar, gran parte de ellos relacionados con problemas conyugales (12.171) (Secretaría de Gobierno de Bogotá, 2005).

Del 2001 al 2004, uno de los diarios de mayor circulación en Bogotá, El tiempo, arrojó 3.104 artículos sobre homicidios, de los cuales nueve aludían al tema de muertes violentas, muertes propinadas por sus parejas y entre el 2000 y 2003, se registraron 91 casos de asesinatos de mujeres; en todos los casos la pareja había amenazado a la víctima (El Tiempo, 2004).

En el municipio de Pasto el Observatorio del Delito es el encargado de recolectar los datos sobre violencia intrafamiliar, entre otros, sin embargo el proceso es reciente debido a la dificultad en recopilar información de todas las entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Casas de Justicia, Medicina Legal, Fiscalía y entidades de salud a las que acude la comunidad afectada.

El primer informe que emitió el Observatorio del Delito se realizó con datos recolectados en el año 2005 (no existen registros de años anteriores), en la categoría objeto de esta investigación, se presentó un reporte de 368 casos de violencia hacia las mujeres que corresponden al 77%, frente a 112 casos en el género masculino que corresponden al 23% como muestra la

Figura 1. En su totalidad suman 480 casos denunciados (Alcaldía Municipal de Pasto, 2005).

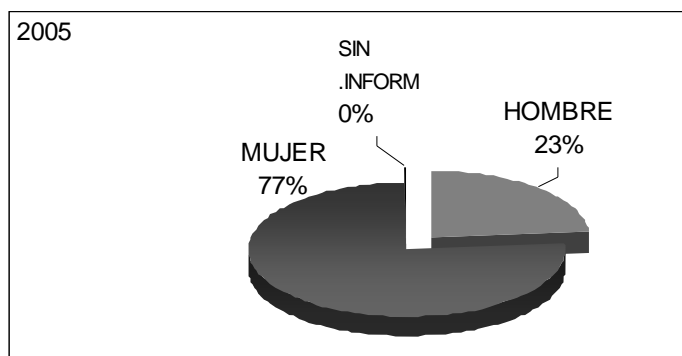


Figura 1. Distribución de casos de violencia según género de la víctima en el año 2005.

En el año 2006 se reportaron 727 casos de violencia hacia las mujeres que corresponden al 68%, frente a 333 casos en el género masculino que corresponden al 31% como muestra la Figura 2. En su totalidad suman 1060 casos denunciados (Alcaldía Municipal de Pasto, 2006).

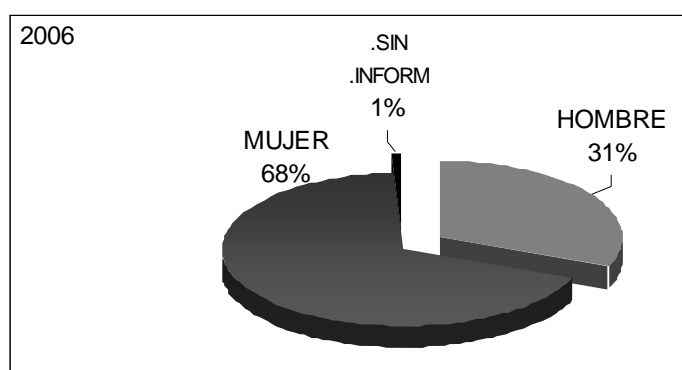


Figura 2. Distribución de casos de violencia según género de la víctima en el año 2006.

Al comparar la información de casos obtenida en el año 2005 (480 casos) frente a los datos del año 2006 (1060) se puede observar una diferencia de gran magnitud, lo cual no significa que haya existido un incremento alarmante de violencia, sino que en el último año se presenta mayor control sobre el reporte que deben entregar las diferentes entidades de salud y justicia al Observatorio del Delito. El Hospital Universitario Departamental de Nariño reportó 308 casos de violencia física hacia la mujer ocasionada por la pareja en el año 2006, ocupando el segundo lugar en entidades que registran este acontecimiento (Alcaldía Municipal de Pasto, 2006).

Las elevadas tasas de violencia hacia la mujer que muestran los estudios son preocupantes, tanto por las cifras registradas como por las consecuencias que esta produce, ya que las repercusiones son mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima. Tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la experimentan y un efecto traumático para los que la presencian, en particular los niños (Sousa, 1998).

Los efectos producidos por la experimentación de un acontecimiento traumático de forma crónica pueden ser mucho más profundos puesto que llevan asociados la afectación, en mayor medida, de los significados cruciales de la vida de una persona. De todo ello no sólo pueden derivarse efectos directos a nivel sintomatológico, sino que, además, pueden suponer un importante factor de vulnerabilidad de cara al posterior ajuste psicológico del individuo (Lazarus, 1976). Desde una perspectiva de salud pública, la

violencia hacia la mujer implica altos costos económicos. Se estima que los gastos financieros asociados a ésta suman millones de pesos al año aunque no son comparables con el daño emocional que genera tanto a la víctima como a sus familiares (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

En el estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer de la OMS (2005) se encontraron algunos datos sobre las cogniciones que presentan estas mujeres sobre las condiciones en las cuales consideran aceptable ser maltratadas. Hubo grandes diferencias sobre la aceptación de los distintos motivos por parte de las mujeres, y en particular con respecto a la idea de que se pudiera justificar la violencia en algún caso. Las variaciones más marcadas se produjeron entre los entornos urbanos e industrializados y los entornos rurales y tradicionales. Mientras que más de las tres cuartas partes de las mujeres de los entornos urbanos de Brasil, Japón, Namibia y Serbia y Montenegro consideraban que no había ningún motivo que justificara la violencia, sólo una cuarta parte de las mujeres de los entornos provinciales de Bangladesh, Etiopía, Perú y Samoa no compartía esta opinión (OMS, 2005).

En todos los entornos examinados, el motivo más común para justificar la violencia era la infidelidad de la mujer. Desobedecer al marido o a la pareja era el siguiente motivo más aceptado. En casi todos los casos y para todos los motivos expuestos, la aceptación de los motivos para maltratar físicamente a la mujer era más elevada entre mujeres que habían sido víctimas de violencia que entre las que no lo habían sido, lo que puede

indicar que las mujeres aprenden a “aceptar” la violencia en situaciones en las que son víctimas de la misma, o que las mujeres que consideran la violencia como algo “normal” tienen más posibilidades de establecer o tolerar relaciones violentas (OMS, 2005). Partiendo de estos resultados se reconoció la necesidad de profundizar en las variables psicosociales de las mujeres víctimas de violencia física, ya que la mayoría de los estudios se han limitado a recopilar datos estadísticos.

La mayoría de los estudios realizados en el municipio de Pasto únicamente identifican datos epidemiológicos sobre la prevalencia de la violencia hacia la mujer, dejando en segundo plano el aspecto psicológico de las mujeres que padecen esta problemática, por ejemplo, los datos estadísticos presentados en el Informe del Observatorio del Delito en el municipio de Pasto. En la Universidad de Nariño se encuentran trabajos sobre violencia intrafamiliar enfatizando en los menores como víctimas de esta (Zambrano, Timaná y Muñoz, 2005), estudios de caso sobre mujeres maltratadas (Pantoja, 2002) y estudios socio-jurídicos con respecto al tema (Zarama, 1989).

La investigación realizada se encaminó a estudiar la problemática de la violencia física en una muestra significativa de mujeres con el fin de conocer ampliamente el problema, identificando las características psicosociales de ellas, profundizando en las cogniciones que presentan y que pueden ser la causa de que se mantengan las conductas de maltrato.

También estuvo dirigida a incrementar la confiabilidad de los resultados y realizar un aporte psicológico a los estudios anteriores.

Ante la gravedad de las consecuencias que implica una situación como la violencia hacia la mujer, se hace indispensable el compromiso de estudiar profundamente este fenómeno en el municipio de Pasto y otorgarle igual importancia como se está haciendo a nivel internacional generando políticas de gobierno, reformas legales e intervenciones hasta celebraciones como el “Día Internacional de la no Violencia contra la Mujer” conmemorado cada 25 de noviembre (ONU, 2003).

Esta investigación identificó y analizó las características psicosociales de mujeres maltratadas físicamente por sus parejas, en más de una ocasión, según el Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring, los cuales brindaron información más amplia sobre la naturaleza, gravedad, mantenimiento y consecuencias del problema que pueden facilitar la elaboración de programas que ayuden a la prevención, control y/o disminución del mismo en la población de Pasto.

Formulación del Problema

¿Cuáles son las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas según el Modelo de Terapia Cognitiva y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad, atendidas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto, durante el año 2006?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son los factores demográficos de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas?

¿Cuáles son los factores socio-económicos de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas?

¿Cuáles son los factores de salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas?

¿Cuáles son los pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas?

¿Cuáles son las distorsiones cognitivas y estrategias compensatorias de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas?

¿Cuáles son las reacciones emocionales, comportamentales y fisiológicas de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas?

JUSTIFICACIÓN

La violencia hacia la mujer es un fenómeno mundial que se está estudiando día tras día junto con la magnitud y las consecuencias que esta genera, por ello se explica el aumento del número de denuncias (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2006). Los especialistas aseguran que la violencia hacia la mujer constituye un problema de salud pública en Colombia, debido a que las personas sometidas a situaciones de violencia presentan debilitamiento gradual de sus fuerzas físicas y psicológicas incrementando así los problemas de salud. Adicionalmente se presenta por cada caso denunciado diez o más situaciones de violencia en la intimidad de los hogares; situaciones que quedan silencio. (Secretaría de Gobierno de Bogotá, 2004).

La información recolectada por el Estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, confirma que la violencia ocasionada por la pareja contribuye en gran medida a la mala salud de las mujeres y debería prestarse más atención a este asunto (OMS, 2005).

Teniendo en cuenta que en el municipio de Pasto, entre los años 2005 y 2006 se registra un reporte de 1.540 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 1.095 corresponden a violencia contra la mujer (Alcaldía Municipal de Pasto, 2006) fue necesario realizar un estudio analítico que permitió comprender las características que mantienen e incrementan estos eventos.

Frente a esta problemática mundial se han realizado diversos estudios que han aportado información epidemiológica, sin embargo, fue importante profundizar en las características psicosociales de las mujeres víctimas de la violencia física ocasionada por sus parejas. Por esta razón y para entender el problema de una manera más profunda, fue necesario identificar y analizar estas características a partir del Modelo de Terapia Cognitiva desarrollado por A. Beck, porque integra aspectos cognitivos, conductuales y emocionales además de su relación e influencia entre sí y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad propuesto por Zubin y Spring, el cual plantea los factores de vulnerabilidad que pueden predisponer la aparición de una conducta desadaptativa o disfuncional. La utilización e integración de la información obtenida de los dos modelos puede brindar una visión más completa y enriquecedora sobre el problema. El conocimiento de dichas características puede tener un papel decisivo en la prevención de la violencia contra la mujer, contribuyendo a la detección temprana de los malos tratos, brindando estrategias de prevención primaria para lograr una convivencia pacífica, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesaria.

Este trabajo puede llegar a ser un aporte potencial para el desarrollo de la Psicología como ciencia porque permitiría elaborar y aplicar programas de prevención y promoción de la salud a nivel individual y grupal para una población con características propias de la región y extenderlos a otras

comunidades similares del departamento de Nariño. A nivel de prevención contra la violencia física hacia la mujer pueden generarse programas de educación en el uso de estrategias de comunicación social y alternativas para la solución de conflictos, elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables, desarrollo de estilos de vida sanos, promoción de hábitos saludables y fortalecimiento de factores de protección en salud.

El conocimiento de las características psicosociales de la población objeto de estudio puede brindar una amplia información que contribuya a la modificación de pautas de crianza desde el núcleo familiar y evitar que se repitan y mantengan conductas y cogniciones desadaptativas en futuras generaciones (Beck, 2000).

La investigación también aportaría como base teórica para la construcción y difusión de nuevas leyes y reformas que protejan a la mujer víctima de violencia además de aquellas que se encuentran actualmente radicadas como proyectos, por ejemplo la ley sobre violencia contra la mujer liderada por la senadora Gina Parody. Asimismo, podría causar gran impacto en la sociedad porque la mujer violentada por su pareja no es la única víctima sino también las personas que la rodean como sus hijos, familia, amigos, etc. quienes podrían beneficiarse de los programas de prevención e intervención que se realicen (Montero, 2002).

OBJETIVOS

Objetivo General

Comprender las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas según el Modelo de Terapia Cognitiva y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad, atendidas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto, durante el año 2006.

Objetivos Específicos

Determinar los factores demográficos de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

Conocer los factores socio-económicos de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

Establecer los factores de salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

Analizar los pensamientos automáticos, creencias intermedias y nucleares de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

Reconocer las distorsiones cognitivas y las estrategias compensatorias de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

Determinar las reacciones emocionales, comportamentales y fisiológicas de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

MARCO TEÓRICO

Familia

La familia se define como un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres (Hinojal, 2004).

Hinojal (2004) afirma que en la actualidad se pueden considerar varios tipos de familia como:

1. Familia nuclear: Dos adultos de sexo diferente y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos propios o adoptados.
2. Familia extensa: Agrupación numerosa de miembros, que junto con los padres e hijos, incluyen abuelos, tíos y primos, comparten vivienda y economía.
3. Familia monoparental: Conformada por un solo cónyuge y sus hijos. Surge como consecuencia del abandono del hogar de uno de los cónyuges, por fallecimiento, divorcio o madre solterismo.
4. Familia singularizada: Integrada por una pareja heterosexual que ha tomado la decisión de no tener hijos.

5. Hijos solos: Es común encontrar jóvenes que tienen una segunda vivienda en otra ciudad.

6. Familia simultánea: Conformada por parejas que han tenido uniones anteriores que han concluido en ruptura (divorcio, abandono o muerte). A esta familia el cónyuge aporta hijos de uniones anteriores. Se divide en: a) simple padrastral (cuando el hombre entra a formar pareja con una mujer que ha tenido una unión previa y ella aporta los hijos), b) simple madrastral, a la inversa de la anterior, c) compuesta, ambos cónyuges provienen de uniones anteriores rotas y aportan hijos a la nueva unión y d) mixta, además de aportar cada cónyuge hijos a la nueva unión, tienen hijos en común.

7. Unidades domésticas: Cuando en una vivienda se agrupan personas sin vínculo de consanguinidad o afinidad y se distribuyen los gastos y roles.

8. Familia homosexual: Conformadas por dos hombres o dos mujeres.

Además, la familia en la sociedad debe cumplir importantes funciones que tienen relación directa con la preservación de la vida humana, su desarrollo y bienestar (Arresta, 2001), estas son:

1. Función biológica: se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

2. Función educativa: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

3. Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

4. Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el apoyo mutuo y la ayuda al otro.

5. Función protectora: se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos, los ancianos y en general a los miembros dependientes.

De acuerdo a estas funciones, la unión familiar debe asegurar a sus integrantes, estabilidad emocional, social y económica, además de proporcionar afecto, cariño y protección. Es allí donde se transmite la cultura a las nuevas generaciones, se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad y se aprende tempranamente a dialogar, escuchar, conocer y desarrollar los derechos y deberes como persona humana (Arresta, 2001).

Para autores como Spiro (2003), una familia debe cumplir cuatro funciones: sexual, económica, reproductiva y educativa. Pero resulta que estas cuatro funciones se encuentran exclusivamente en todas las familias, como es el caso del Kibbutz israelí. Este tipo de comunidades realiza estas funciones por separado. En este grupo la familia no existe en cuanto que la economía se asume en el grupo, y la educación social y el cuidado físico de los niños no es responsabilidad de los padres, sino de un grupo de mayores encargado de ello. Los padres ni siquiera comparten la residencia. Por lo tanto, para que se pueda considerar que la familia ha existido en todas las sociedades hay que tener en cuenta su principal característica, que es la diversidad de comportamientos, estructuras, expectativas y funciones.

Cuando en el momento actual se habla de los distintos tipos de familias que están surgiendo, (monoparentales, hijos de varios matrimonios, familias homosexuales), es importante tener en cuenta que lo que se consideraba el modelo dominante de familia (nuclear, conyugal y monógama), no es más que un modelo entre los muchos que existen, y que precisamente, el concepto por "dominante" lleva implícito otros tipos de comportamientos que pueden ser igualmente válidos (Spiro, 2003).

Juliano (1992) plantea que existen opciones según las cuales se puede entender que en cualquier campo (incluso en la estructura social) no es necesaria la imposición de un modelo único sobre el concepto de familia, sino la preservación de una diversidad evaluada como equivalente, valiosa y fructífera.

Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es una forma de establecer relaciones y de afrontar los conflictos recurriendo a la fuerza, la amenaza, la agresión o al abandono (Muillender, 2005). La violencia intrafamiliar está definida en el artículo 3° de la ley 294 de 1996 como todo daño físico o psíquico, amenaza o agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro de la familia (Congreso República de Colombia, citado por Muillender, 2005).

Sánchez (2002) se refiere a la violencia intrafamiliar como todas las situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico o psicológico) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las

relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos.

Para Corsi (2002), la violencia intrafamiliar puede manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibiciones, abandono afectivo y humillaciones o al no respetar las opiniones. Comúnmente en las relaciones de abuso suelen encontrarse combinadas estas manifestaciones, generándose daño como consecuencia de uno o varios tipos de maltrato. La OMS (2005) plantea que quienes la sufren se encuentran principalmente en los grupos definidos culturalmente como los sectores con menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia, donde las variables de género y generación (edad) han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal. De esta manera las mujeres, los menores de edad (niños y niñas) y a los ancianos se identifican como los miembros de estos grupos en riesgo o víctimas más frecuentes, a quienes se agregan los discapacitados (físicos y mentales) por su particular condición de vulnerabilidad. Los actos de violencia dirigidos hacia cada uno de ellos constituyen las diferentes categorías de la violencia intrafamiliar.

Si bien muchas acciones de violencia intrafamiliar son evidentes, otras pueden pasar desapercibidas, lo fundamental para identificarla es determinar si la pareja o familia usa la violencia como mecanismo para enfrentar y resolver las diferencias de opinión. Un ejemplo frecuente es una familia

donde cada vez que dos de sus integrantes tienen diferencias de opinión, uno le grita o golpea al otro para lograr un objetivo (sea niño, adulto o anciano el que resulte agredido) (Brito, 2004).

Muillender (2005) sugiere tres situaciones que pueden corresponder a tres estadios de construcción de la respuesta violenta:

1. Cuando se evidencian situaciones y condiciones generadoras de problemas que desencadenan o se asocian con respuestas violentas. Las condiciones están dadas pero aún no se genera daño alguno.

2. Cuando la familia ya se enfrenta a problemas que desencadenan o se asocian con respuestas violentas. Todavía no se genera daño visible, pero la familia tiene dificultades para resolver adecuadamente la tensión entre necesidades, intereses, sentimientos y los recursos disponibles. La tensión es creciente, no se logra acuerdo sobre las metas o sobre los medios, se generan inequidades de poder, los miembros de la familia son conscientes del conflicto y pueden reconocer la oposición entre unos y otros. Aquí los factores de riesgo se han incrementado y el balance en los factores protectores resulta negativo.

3. Cuando ya se ha instaurado la respuesta violenta. Las tensiones se resuelven por la vía violenta, negando, dominando, excluyendo, rechazando, o aniquilando al oponente. En este caso los factores de riesgo se han exacerbado al máximo y los protectores se encuentran muy debilitados y la capacidad de respuesta de la familia se encuentra muy disminuida. Han perdido autonomía y control sobre las situaciones de tensión.

Categorías de Violencia Intrafamiliar

Para Contreras (2001) las categorías de la violencia intrafamiliar se definen según el contexto en que ocurren los actos y fundamentalmente de acuerdo a la identidad de la víctima. Las distintas categorías de la violencia intrafamiliar que propone este autor son: La violencia hacia la mujer (y en la pareja), el maltrato infantil, el maltrato al adulto mayor y la violencia hacia los discapacitados (físicos y mentales).

Violencia Hacia la Mujer y en la Pareja (Doméstica)

La violencia en la pareja constituye una de las modalidades más frecuentes y relevantes entre las categorías de la violencia intrafamiliar. Es una forma de relación de abuso entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable, incluyendo relaciones de matrimonio, noviazgo, pareja (con o sin convivencia) o los vínculos con ex parejas o ex cónyuges. Se enmarca en un contexto de desequilibrio de poder e implica un conjunto de acciones, conductas y actitudes que se mantienen como estilo relacional y de interacción imperante en la pareja donde una de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a la otra (Contreras, 2001).

Muillender (2005) plantea que la violencia doméstica es cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico o psicológico a cualquiera de los cónyuges, tanto en el ámbito público como en el privado, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el

mismo domicilio y que comprende entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual e incesto.

La violencia en la pareja es ejercida mayoritariamente hacia la mujer, realidad que es constatable a partir de estudios e investigaciones. En casi la totalidad de los países que registran algún dato al respecto, se señala que en al menos el 75% de los casos esta se presenta como una acción unidireccional del hombre hacia la mujer y salvo un 2% (razón por la cual no es considerado un problema social) representativo de los casos en que son los varones los agredidos física y en su mayoría psicológicamente, el porcentaje restante hace referencia a la violencia bidireccional (también denominada recíproca o cruzada) que es aquella donde ambos miembros de la pareja se agreden mutuamente. Se debe resaltar que para utilizar esta última clasificación, es necesario que exista simetría en los ataques y paridad de fuerzas físicas y psicológicas entre los involucrados. Las cifras explican y justifican los esfuerzos e iniciativas que apuntan a la mujer como víctima principal y dado que el espacio de mayor riesgo de una mujer para sufrir violencia es su propio hogar, contrario al de los hombres para quienes el espacio de mayor riesgo es la calle, en la variada literatura existente al referirse a la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico o al interior de la pareja se suelen utilizar los conceptos de violencia doméstica, violencia conyugal e incluso violencia intrafamiliar (Blanco, Ruiz y García, 2000).

La violencia sobre la mujer puede tomar muchas formas, desde las más sutiles y difíciles de diferenciar hasta las más brutales. Puede ocurrir en

cualquier etapa de su vida, incluyendo el embarazo y afectar tanto su nivel físico como mental (Contreras, 2001).

La violencia hacia el hombre al interior de la pareja, dada la excepcionalidad de los casos, no se considera un problema social y menos una categoría específica de la violencia intrafamiliar. Todo lo anterior a los ojos de un hombre que sufre maltrato puede resultar irrelevante, además se debe considerar que gran parte de los resultados expuestos se basan en la cantidad y tipo de denuncias recibidas y es un hecho establecido que el hombre agredido en general no denuncia las situaciones de maltrato. Las razones por las cuales no se producen estas denuncias, están influenciadas por la ignorancia de la ley, la escasez de instituciones dirigidas al género masculino, su prejuicio hacia la imparcialidad de los, y principalmente, las profesionales (asistentes sociales, psicólogos, etc.), pero son determinantes los aspectos socioculturales como el machismo y la vergüenza, consecuencia de una ideología patriarcal de estereotipos rígidos con respecto a lo que se espera del hombre dentro de la relación de pareja. Otras razones, y que también limitan a la mujer, son el amor a la pareja, a los hijos o el temor a las consecuencias económicas y judiciales que puede implicar una separación (Contreras, 2001).

Formas de violencia doméstica. Según Hurtado (2003) los victimarios usan muchas formas de abuso para ganar poder y control sobre su pareja, esto incluye:

1. Abuso verbal-emocional: toda agresión que conlleva a múltiples conflictos, frustraciones y traumas en cuanto a la emoción, a lo psicológico y social en forma temporal o permanente. Relacionado también con agresiones físicas y sexuales expresadas así: a) agresión verbal: utilizada para humillar, ridiculizar y ofender a la persona agredida, deteriorando así la comunicación familiar. Se presenta por medio de expresiones verbales ya sea con un engaño o humillación. Los regalos utilizados como recriminación con objeto preventivo o correctivo. Se presentan gritos, apodos y ridiculizaciones, b) lenguaje corporal: se refiere a la agresión emocional en el cual las miradas, insatisfacciones, rechazos, la ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento, llegan a ser el lenguaje cotidiano en la convivencia familiar. Es una actitud de intimidación que se puede dar con el rostro y las manos como señalar con el dedo, miradas, torcer la boca, sacar la lengua y otras; y c) el chantaje afectivo: se expresa como la negación a la libertad del otro.

2. Abuso emocional o psicológico: acompaña la violencia física a través del miedo y la degradación, tiene como base la subvaloración o descalificación del sujeto y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos.

3. Intimidación en los tratos incluyendo a terceros

4. Aislamiento: es cuando a la víctima se la desconecta del mundo exterior en donde no se le permite por ejemplo recibir llamadas telefónicas, hablar con amigos o familiares, trabajar, gozar de la libertad y de su propio espacio como persona.

5. Abuso económico: donde se controla el acceso de la familia al uso de dinero y se controla el manejo y gasto del mismo.

6. Abuso físico: se refiere a las lesiones personales. Es toda acción que atenta contra el mundo natural de una persona causando daño al cuerpo a través de palmadas, puños, pellizcos, repelones, patadas y golpes con elementos ajenos al cuerpo.

Maltrato Infantil

Para Tonon (2006) el maltrato infantil es el uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores que tienen como consecuencia heridas, mutilación o incluso la muerte del niño. El término maltrato infantil abarca una amplia gama de acciones que causan daño físico, emocional o mental en niños de cualquier edad. Sin embargo, el tipo de maltrato infligido varía con la edad del niño. Los malos tratos en bebés y niños en edad preescolar suelen producir fracturas, quemaduras y heridas intencionadas. Tal vez el tipo más común de malos tratos es el abandono, es decir, el daño físico o emocional a causa de deficiencias en la alimentación, el vestido, el alojamiento, la asistencia médica o la educación por parte de los padres o tutores.

El maltrato infantil incluye el abandono completo o parcial y todo comportamiento o discurso adulto que infrinja o interfiera con los Derechos del Niño (Organización de las Naciones Unidas, 1959). La violencia, ya sea física, sexual o emocional es una de las más graves infracciones a estos

derechos, por las consecuencias inmediatas, a mediano y largo plazo que generan en el desarrollo del menor (Contreras, 2001).

Dentro de esta categoría se puede clasificar también el abuso fetal que ocurre cuando la futura madre ingiere, deliberadamente, alcohol o drogas, estando el feto en su vientre. Producto de lo cual el niño(a) puede nacer con adicciones, malformaciones o retraso severo, entre otros problemas (Contreras, 2001).

Violencia hacia el adulto mayor

La violencia o el maltrato al adulto mayor, de manera general, puede definirse como todo acto no accidental, único o repetido, que por acción u omisión (falta de la respuesta o acción apropiada) provoca daño físico o psicológico a una persona anciana, ya sea por parte de sus hijos, otros miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por esta (Contreras, 2001). Estas situaciones de maltrato son una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. El maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en la cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil. Los ancianos son sentidos como estorbos o como una carga que se debe llevar a costas además de la familia a sostener, por eso no es de extrañar que el tipo más frecuente de maltrato sea el abandono y la falta de cuidados. Por otra parte la ausencia de registros o estimaciones reales de la dimensión de este problema, así como la escasez de denuncias, debido al miedo, la depresión, la incapacidad de moverse por si mismos y la

poca credibilidad, ha permitido que este fenómeno sea casi invisible (Contreras, 2001).

Violencia hacia los discapacitados

La violencia o el maltrato a los discapacitados, de manera general, puede definirse como todo acto que por acción u omisión provoca daño físico o psicológico a personas que padecen temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales, ya sea por parte de miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por esta. Este tipo de violencia afecta a personas que por su condición de mayor vulnerabilidad se encuentran en una posición de dependencia que los ubica en una situación de mayor riesgo en relación al maltrato (Contreras, 2001).

Formas de Violencia

Algunas acciones de maltrato entre los miembros de la familia son evidentes, generalmente las que implican actos físicos, otras pueden pasar desapercibidas, sin embargo, todas dejan profundas secuelas. La violencia intrafamiliar puede adoptar una o varias de las siguientes formas: violencia física, violencia psicológica, abandono, abuso sexual y abuso económico (Muillender, 2005).

Violencia Física

La violencia, maltrato o abuso físico es la forma más obvia de violencia, de manera general se puede definir como toda acción de agresión no accidental en la que se utiliza la fuerza física, alguna parte del cuerpo

(puños, pies, etc.), objeto, arma o sustancia con la que se causa daño físico o enfermedad a un miembro de la familia. La intensidad puede variar desde lesiones como hematomas, quemaduras y fracturas, causadas por empujones, bofetadas, puñetazos, patadas o golpes con objetos, hasta lesiones internas e incluso la muerte (Muillender, 2005).

Según la OMS (2005), la violencia física hacia la mujer es entendida como todo acto no accidental, único o repetido, realizado por el hombre que provoca daño físico a la mujer y se define en función de la siguiente lista de actos violentos ocasionados por su pareja, donde ella había sido: a) abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera hierla, b) empujada o le habían tirado del cabello, c) golpeada con el puño u otra cosa que pudiera hierla, d) golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza, e) estrangulada o quemada a propósito y f) amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella.

Violencia Psicológica

La violencia psicológica o emocional, de manera general, se puede definir como un conjunto de comportamientos que produce daño o trastorno psicológico o emocional a un miembro de la familia. La violencia psicológica no produce un traumatismo de manera inmediata sino que es un daño que se va acentuando, creciendo y consolidando en el tiempo (Muillender, 2005).

Según Hernández y Limiñana (2004) la violencia psicológica tiene por objeto intimidar y/o controlar a la víctima, la que, sometida a este clima

emocional, sufre una progresiva debilitación psicológica y presenta cuadros depresivos que en su grado máximo pueden desembocar en el suicidio. Algunas de estas acciones son obvias, otras muy sutiles y difíciles de detectar, sin embargo, todas dejan secuelas. Un caso particular de este tipo de abuso son los niños testigos de la violencia entre sus padres, los que sufren similares consecuencias y trastornos a los sometidos a abusos de manera directa.

Según Hernández y Limiñana (2004) la violencia psicológica presenta características que permiten clasificarla en tres categorías:

Trato Degradante

Puede ser pasivo (definido como abandono) o activo que consiste en un trato degradante continuado que ataca la dignidad de la persona. Generalmente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, como gritos, insultos, descalificaciones, desprecios, burlas, ironías, críticas permanentes y amenazas.

También se aprecia en actitudes como portazos, abusos de silencio, engaños, celotipia (celos patológicos), control de los actos cotidianos, bloqueo de las iniciativas, prohibiciones, condicionamientos e imposiciones (Muillender, 2005).

Acoso

Se ejerce con una estrategia, una metodología y un objetivo, la víctima es perseguida con críticas, amenazas, injurias, calumnias y acciones para socavar su seguridad y autoestima y lograr que caiga en un estado de

desesperación, malestar y depresión que la haga abandonar el ejercicio de un derecho o someterse a la voluntad del agresor (Hernández y Limiñana, 2004).

Para poder calificar una situación como acoso tiene que existir un asedio continuo, una estrategia de violencia (como cuando el agresor se propone convencer a la víctima que es ella la culpable de la situación) y el consentimiento del resto del grupo familiar (aunque también de amigos o vecinos) que colaboran o son testigos silenciosos del maltrato, ya sea por temor a represalias, por satisfacción personal o simplemente por egoísmo al no ser ellos los afectados (Muillender, 2005).

El acoso afectivo, que forma parte del acoso psicológico, es una situación donde el acosador depende emocionalmente de su víctima, le roba la intimidad, la tranquilidad y el tiempo para realizar sus tareas y actividades, interrumpiéndola constantemente con sus demandas de cariño o manifestaciones continuas, exageradas e inoportunas de afecto. Si la víctima rechaza someterse a esta forma de acoso, el agresor se queja, llora, se desespera, implora y acude al chantaje emocional como estrategia, amenazando a la víctima con retirarle su afecto o con agredirse a si mismo, puede llegar a perpetrar intentos de suicidio u otras manifestaciones extremas que justifica utilizando el amor como argumento (Muillender, 2005).

Manipulación

Es una forma de maltrato psicológico donde el agresor desprecia el valor de la víctima como ser humano negándole la libertad, autonomía y

derecho a tomar decisiones acerca de su propia vida y sus propios valores. La manipulación hace uso del chantaje afectivo, amenazas y críticas para generar miedo, desesperación, culpa o vergüenza. Estas actitudes tienen por objeto controlar u obligar a la víctima según los deseos del manipulador (Hernández y Limiñana, 2004).

Abandono

El abandono se manifiesta principalmente hacia los niños, adultos mayores y discapacitados, de manera general, se puede definir como el maltrato pasivo que ocurre cuando sus necesidades físicas como la alimentación, abrigo, higiene, protección y cuidados médicos, entre otras, no son atendidas en forma temporaria o permanente. El abandono también puede ser emocional, este ocurre cuando son desatendidas las necesidades de contacto afectivo o ante la indiferencia a los estados anímicos (Hernández y Limiñana, 2004).

Abuso sexual

El abuso sexual dentro de una relación de pareja, de manera general se puede definir como la imposición de actos o preferencias de carácter sexual, la manipulación o el chantaje a través de la sexualidad, y la violación, donde se fuerza a la mujer a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, esta última acción puede ocurrir aún dentro del matrimonio pues este no da derecho a ninguno de los cónyuges a forzar estas relaciones y puede desencadenar la maternidad forzada a través de un embarazo producto de coerción sexual (Hernández y Limiñana, 2004).

El abuso sexual afecta también a niños y adolescentes cuando un familiar adulto o un cuidador los utiliza para obtener algún grado de satisfacción sexual. Estas conductas abusivas pueden implicar o no el contacto físico, su intensidad puede variar desde el exhibicionismo, el pedido de realizar actividades sexuales o de participar en material pornográfico, hasta la violación. Discapacitados y adultos mayores pueden verse afectados de igual forma, al ser violentados sexualmente por familiares o cuidadores sirviéndose de su incapacidad física o mental (Muillender, 2005).

Abuso económico

El abuso económico ocurre al no cubrir las necesidades básicas de los miembros de la familia en caso de que esto corresponda, como con los hijos menores de edad y estudiantes, la mujer que no posee trabajo remunerado, los adultos mayores u otros miembros dependientes. También sucede cuando se ejerce control, manipulación o chantaje a través de recursos económicos, se utiliza el dinero, propiedades y otras pertenencias de forma inapropiada o ilegal o al apropiarse indebidamente de los bienes de otros miembros de la familia sin su consentimiento o aprovechándose de su incapacidad (Hernández y Limiñana, 2004).

Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck

A. Beck inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principios de la década de los sesenta (1964) en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva

propuesto por Ellis (1962). Actualmente la Terapia Cognitiva en las mismas escuelas fundadoras ha superado algunas concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista, ha adoptado nuevos recursos y se puede considerar "pos-racionalista" (Beck, 2000).

Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitivo-conductual como la terapia racional emotiva de Ellis (1962), la modificación cognitivo-conductual de Meichenbaum (1977) y la terapia multimodal de Lazarus (1976). A todo esto se han sumado las contribuciones de muchos otros, entre los cuales se pueden destacar a Mahoney (1991). Las revisiones históricas de este campo aportan una rica descripción del origen y crecimiento de las distintas corrientes de la terapia cognitiva (Arnkoff y Glass, 1992).

La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de 1977. Distintos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de los problemas de pareja (Baucom, Sayers y Scher, 1990).

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina

directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación (Beck, 1988).

La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan (Dattilio y Padesky, 1990).

En otras palabras, Beck (1964) afirma que las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

Las creencias disfuncionales pueden ser desaprendidas y en su lugar se pueden aprender otras creencias basadas en la realidad y más funcionales (Rosen, 1988).

Para Beck (2000), en cuanto a su estilo, las terapias cognitivas enfatizan en

1. La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
2. Un enfoque orientado al problema y los objetivos.

3. El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

El sistema cognitivo de Beck (2000) plantea el siguiente esquema:

$S \rightarrow P \rightarrow R$, donde "S" es el estímulo o situación, "P" es el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción. Las reacciones pueden ser: emotivas, comportamentales o fisiológicas.

Conceptualización Cognitiva

Desde las primeras etapas de su desarrollo, las personas tratan de comprender su entorno. Necesitan, además, organizar sus experiencias de una manera coherente para lograr la adaptación que necesitan. Sus interacciones con el mundo y con los demás las llevan a ciertos aprendizajes que conforman sus creencias y son variables en cuanto a su grado de exactitud y funcionalidad. La Conceptualización Cognitiva es el diagrama que provee el marco necesario para comprender a una persona, recopila los datos de los pensamientos automáticos típicos del paciente, sus emociones, su comportamiento y sus creencias. El diagrama representa la relación entre creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Provee un mapa cognitivo de la psicopatología del paciente y ayuda a organizar la multiplicidad de datos que presenta el paciente (Beck, 1964).

Los conceptos básicos que se manejan en la conceptualización cognitiva son: a) datos relevantes en la historia de la persona, b) pensamientos automáticos, c) creencias centrales, d) creencias

intermedias, e) distorsiones cognitivas, f) reacciones emocionales, g) reacciones comportamentales y h) reacciones fisiológicas (ver Figura 3) (Beck, 1964).

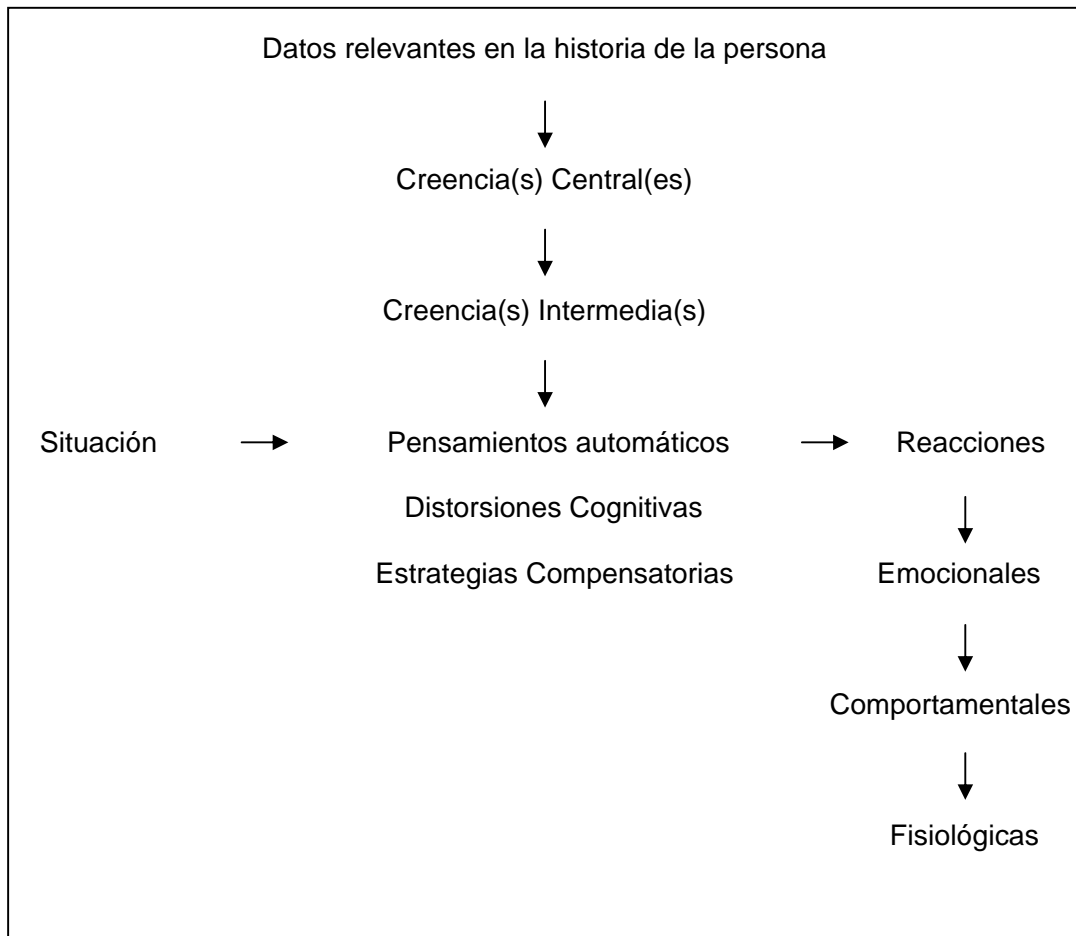


Figura 3. Diagrama de Conceptualización Cognitiva (Beck, 1964).

Datos Relevantes en la Historia de la Persona

Los datos relevantes típicos de la historia de la persona incluyen cuestiones tales como los conflictos continuos o periódicos entre los padres u otros miembros de la familia; el divorcio de los padres, las interacciones

negativas con padres, hermanos, profesores, pares u otros sujetos que han hecho sentir a la persona culpable, criticada o en cierto modo, desvalorizada. También las enfermedades, muertes de seres cercanos, abusos sexuales o físicos y otras condiciones adversas tales como haber crecido en la pobreza, haber enfrentado discriminaciones, etc. Los datos relevantes en la vida de la persona, no obstante, pueden también ser más sutiles por ejemplo, la percepción de que los padres prefieren a otro hermano, la constante auto crítica, el sentirse diferente con respecto a sus pares o el haber percibido que no satisfacía las expectativas de sus padres, maestros u otros individuos (Beck, 1964).

Pensamientos Automáticos

Son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) por ejemplo: “es demasiado difícil, nunca lo comprenderé” y/o visual (imágenes). Las personas habitualmente son más conscientes de la emoción que se asocia con ellos que de los pensamientos mismos, pero con un breve entrenamiento pueden lograr llevarlos a la conciencia. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones (Beck, 1964).

Los pensamientos automáticos son los diálogos internos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y se relacionan con

estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman versiones subjetivas de las cosas que ocurren, que suelen ser bastantes erróneas en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se dice que están basados en distorsiones cognitivas. Beck (citado por Imbernon y Ruiz, 1996) plantea que los pensamientos automáticos se caracterizan por:

1. Ser charlas internas referidas a temas muy concretos. Ejemplos: una persona que teme ser rechazada por otros se dice a si misma: "La gente me mira y me ve estúpido". Otra persona con temor a la contaminación de los gérmenes se repetía: "Tengo que tirar esta conserva, seguro que está contaminada". Una tercera persona mientras estaba con su pareja se decía: "Seguro que nuestro noviazgo termina mal" (Imbernon y Ruiz, 1996).

2. Aparecen como mensajes recortados en forma de palabras claves. Ejemplos: un hombre estaba ansioso y pendiente de que en cualquier momento su corazón pudiera acelerarse y producir un infarto se imaginó tendido en el suelo desmayado y solo, y fugazmente se le pasó por su mente el pensamiento "Me va a dar un infarto". Un estudiante deprimido recordaba el día en que suspendió varias asignaturas y se le pasaba por su cabeza rápidamente pensamientos como: "Todo me sale mal, soy un fracasado". Una oficinista recordaba con indignación e ira la llamada de atención de su jefe y se decía mentalmente: "No debió decirme eso...imbécil...me las pagarás" (Imbernon y Ruiz, 1996).

3. Los pensamientos automáticos son involuntarios. Entran de manera automática en la mente. No son pensamientos reflexivos ni productos del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema. Al contrario son reacciones espontáneas ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos.

4. Con frecuencia se expresan en forma de palabras como "debería de tendría que". Aparecen a menudo como obligaciones que se imponen las personas sobre si mismas o a las demás en forma de exigencias intolerantes. Ejemplo: Un atleta en un entrenamiento entró un segundo por debajo de su marca, y rápidamente pensó: "No debería haber tenido ese fallo", apretando sus puños y mandíbula y sintiéndose irritado consigo mismo (Imbernon y Ruiz, 1996).

5. Tienden a dramatizar o exagerar las cosas. A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella. Ejemplo: Una persona se dispone a viajar y piensa: "Y si ocurre un accidente" (Imbernon y Ruiz, 1996).

6. Hacen que cada persona adopte una forma o cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida. Así, ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo tener la razón, sin atender a otros datos o valoraciones distintas.

7. Los pensamientos automáticos son difíciles de controlar: Al no ser pensamientos racionales ni reflexivos, no se suelen comprobar con la realidad, y la persona que los tiene los suele creer fácilmente.

8. Son aprendidos, son el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que han sido adquiridas en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos periodos aun no se ha desarrollado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana esperando a ser disparados por situaciones con carga emocional.

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que comenten (Beck, citado por Imbernon y Ruiz, 1996).

Identificación de Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos se pueden evaluar según su validez y su utilidad. La mayor parte de ellos están distorsionados de alguna manera y se producen pese a que existan evidencias objetivas que indiquen lo contrario. Un segundo tipo de pensamientos son adecuados, pero las personas extraen de ellos conclusiones distorsionadas. Por ejemplo: "No hice lo que le prometí a mi compañera" es un pensamiento válido, pero la conclusión "Por lo tanto, soy una mala persona" no lo es. Un tercer tipo de pensamientos automáticos también son correctos, pero decididamente disfuncionales. Por ejemplo: "Me va a tomar horas estudiar para el examen". Este pensamiento puede ser correcto pero incrementa la angustia y

disminuye la capacidad de motivación y concentración de la persona (Beck, 1964).

Una de las técnicas más eficaces para identificar pensamientos automáticos según Beck (2000) es la utilización de un resumen que contenga las siguientes preguntas:

1. Describa la situación problemática o el momento en que experimentó un cambio en los afectos.
2. Describa la situación específica con la mayor cantidad de detalles posible, como si estuviera ocurriendo en el presente.
3. ¿Qué significó esa situación para usted?
4. ¿Qué fue lo primero que pensó?, ¿Qué pasaba por su mente en ese momento?
5. ¿Cómo se sintió?

Otra técnica que puede utilizarse para identificar pensamientos automáticos es el auto-registro que consiste en que el paciente exprese en forma escrita los pensamientos y reacciones frente a una situación (Beck, 1964). Se realiza a través de la Figura 4.

Situación (qué sucedió)	Pensamiento (qué pensé)	Emoción (Qué sentí)	Comportamiento (qué hice)

Figura 4. Auto-registro de pensamientos automáticos (Beck, 1964).

Creencias Intermedias

Tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales. Las creencias intermedias están constituidas por reglas-normas (“debería ser perfecto”), actitudes (“toda mi vida ha sido cruel”) y supuestos (“si no comprendo algo a la perfección, soy un tonto”) a menudo no expresadas (Beck, 1964). La terapia cognitiva, en una segunda fase más avanzada propone trabajar con los esquemas cognitivos (creencias o supuestos personales) que hacen que las personas sean vulnerables a determinados problemas emocionales. Los supuestos personales se definen como las creencias básicas que predisponen a una persona a padecer un determinado tipo de trastorno emocional, y esta conformado por patrones (hábitos) cognitivos estables de interpretaciones y valoraciones subjetivas acerca de un determinado conjunto de situaciones.. Los pensamientos automáticos serían como las "ventanas" por donde se asomarían esas creencias básicas en determinadas situaciones. Las personas no suelen ser conscientes de estas creencias, pero si de su efecto emocional (Beck 1964, citado por Imbernon y Ruiz, 1996).

Creencias Centrales

A partir de su infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar ni siquiera ante uno mismo, por ejemplo: “soy incompetente”, “no soy digno de ser amado”, etc. Estas ideas son consideradas por la persona

como verdades absolutas, creyendo que es así como las cosas “son”. Constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Estas creencias influyen en la forma de ver una situación y esa visión a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta una persona (Beck, 1964).

Las creencias centrales son las ideas más dominantes acerca de uno mismo. Beck (1964) se refiere a ellas como esquemas, diferencia ambas categorías y sugiere que los esquemas son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico de esas estructuras. Establece la teoría de que las creencias centrales negativas se pueden clasificar en dos categorías: las que se asocian con el desamparo y las que se asocian con la imposibilidad de ser amado. Algunos pacientes tienen creencias centrales que corresponden a una solo de estas categorías y otros de ambas. Los pacientes también pueden tener creencias centrales negativas acerca de otras personas y del mundo, por ejemplo, “no es posible confiar en los demás”, “la gente va a herirme”, “el mundo es un lugar podrido” (Beck, 1964). Las categorías de creencias centrales de desamparo e incapacidad de ser amado se observan en las Figuras 5 y 6.

Creencias centrales de desamparo	
Estoy indefenso	Soy incapaz
Soy Ineficaz	Soy inútil
Estoy fuera de control	Soy incompetente
Soy débil	Soy un fracasado
Soy vulnerable	No me respetan
Soy dependiente	Soy defectuoso
Estoy atrapado	No soy suficientemente bueno

Figura 5. Categorías de creencias centrales de desamparo (Beck, 1964).

Creencias centrales de incapacidad de ser amado	
No soy querible	Soy inferior
No agrado a nadie	Soy diferente
No me desean	No soy normal
No me quieren	Van a rechazarme
No se ocupan de mí	Van a abandonarme
Soy malo	Me quedaré solo
No soy atractivo	No soy suficientemente bueno para ser amado

Figura 6. Categorías de creencias centrales de incapacidad de ser amado (Beck, 1964).

Identificación de Creencias Intermedias y Centrales

Según Beck (2000) las creencias intermedias, si bien no se pueden identificar y modificar tan fácilmente como los pensamientos automáticos,

son más maleables que las creencias centrales. Pueden identificarse aplicando el siguiente cuestionario:

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 actitud.
4. Usar la técnica de la flecha hacia abajo.
5. Analizar los pensamientos automáticos de la paciente en busca de temas comunes.
6. Revisar las creencias que la paciente ha manifestado verbalmente.

En la mayoría de las ocasiones, el mejor método para descubrir las creencias personales que predisponen a reaccionar de un determinado modo, se inicia a partir del análisis de los pensamientos automáticos. Si se tiene en cuenta los pensamientos automáticos ante una determinada situación y como se relacionan con sus sentimientos y conductas, el terapeuta está en una buena posición para iniciar el descubrimiento de las creencias personales subyacentes y puede utilizar la "Flecha descendente" (Beck, 2000). Esta técnica consiste en una especie de sondeo o profundización progresiva en sus significados, una especie de asociación de ideas a partir de los pensamientos automáticos. La técnica comienza a partir de un pensamiento automático concreto, que por ejemplo, esté anotado en un auto-registro. En este punto se interroga el pensamiento automático preguntando: ¿Que significado tiene para el paciente? o ¿Y entonces, a

dónde lo lleva?. La respuesta a esas preguntas dará otro nivel de significado más profundo, otros pensamientos o valoraciones. A esas nuevas valoraciones se les aplica la misma pregunta; y así progresivamente. ¿Y hasta donde?. Por lo general, suele ser suficiente dar con valoraciones que comiencen por las siguientes expresiones propuestas por Beck (1964):

1. Debo de...", "No debo de...", "Tengo que...", "No tengo que...", "Necesito de...". Es decir expresiones de obligación o necesidad absolutista o exigencias personales.

2. "Si hago tal cosa, entonces ocurrirá o sucederá tal cosa". Es decir expresiones donde una cosa se condiciona o lleva irremediamente a otra.

3. "Yo soy una persona de tal o cual manera...". Visión global y rígida de si mismo.

4. "No soporto que..." "No soportaría que...". Valoración de incapacidad general de manejo de un determinado tipo de situación.

Un ejemplo del empleo de la flecha descendente a partir de los pensamientos automáticos se observa en la Figura 6.

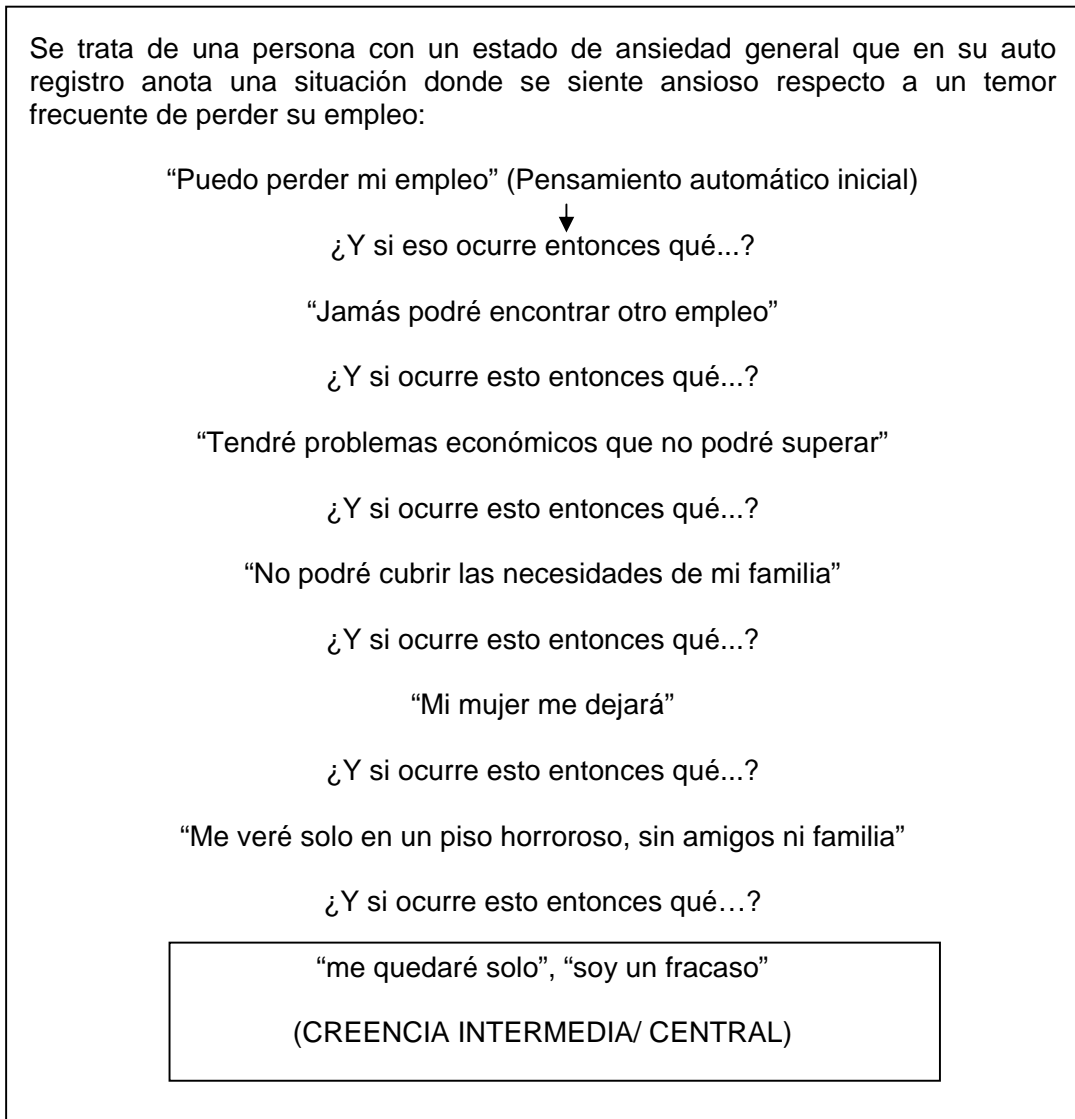


Figura 7. Ejemplo del empleo de la técnica Flecha Descendente (Beck, 1964).

Distorsiones Cognitivas

Las personas tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un

trastorno psicológico. Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes que están mencionadas en la literatura de esta corriente y algunos ejemplos de estas son las siguientes (Beck, 1964).

1. Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”, o “en blanco y negro”). En el cual se ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades. Ejemplo: “si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado”. Las palabras claves para identificarlo son: “bueno frente a malo”, “útil frente a inútil”, “correcto frente a incorrecto”.

2. Adivinación del futuro (“pensamiento catastrófico”). Se predice el futuro negativamente sin tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: “estaré tan molesto que no podré hacer nada”. Las palabras claves para identificarlo son: “y si sucede tal cosa”.

3. Descalificar o descartar lo positivo. Se considera de una manera poco razonable que las experiencias logros o cualidades no valen nada. Ejemplo: “hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte”. Las palabras claves para identificarlo son: “pero eso no significa que”.

4. Razonamiento emotivo (“siento que...”). Se piensa que algo tiene que ser real porque lo siente, en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja a un lado la evidencia de lo contrario. Ejemplo: “sé que hago muchas cosas bien el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado”. Las palabras claves para identificarlo son: “si me siento así, entonces es cierto que”.

5. Rotulación (“etiquetar, catalogar”). Se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas. Ejemplo: “soy un perdedor. El es un inútil”. Las palabras claves para identificarlo son: “soy un”, “es un”, “son unos”.

6. Magnificación / minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo). Cuando se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo. Ejemplo: “el hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy un inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente”.

7. Filtro mental (“abstracción selectiva”). Se presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo. Ejemplo: “como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz”. Las palabras claves para identificarlo son: “no soporto que”, “no aguanto que”, “es insoportable”.

8. Lectura de la mente. (“Lector de mentes”). Se cree que se sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: “él está pensando que no sé nada sobre este tema”.

9. Generalización (o “sobregeneralización”). Se llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación. Ejemplo: “como me sentí incómodo en esta reunión quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades”. Las palabras claves para identificarlo son:

“todo”, “nadie”, “nunca”, “siempre”, “todos”, “ninguno”.

10. Personalización. Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia uno mismo, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos. Ejemplo: “el técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto”. Las palabras claves para identificarlo son: “eso lo dice por mí”, “yo soy más, menos que”.

11. Expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas). Se tiene una idea precisa y rígida respecto al comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas. Ejemplo: “es horrible haber cometido ese error, siempre debo hacer lo mejor que puedo”. Las palabras claves para identificarlo son: “debo de”, “no debo de”, “tengo que”, “no tengo que”, “debe de”, “no debe de”.

12. “Visión en túnel”. Sólo se ven los aspectos negativos de una situación. Ejemplo: “el maestro de mi hijo no hace nada bien, es crítico y no sabe enseñar” (Beck, 1964).

Imbernon y Ruiz (1996) describen otros tipos de distorsiones cognitivas así:

1. Falacia de control: consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida, o bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplos: “Si otras personas cambiaran de

actitud yo me sentiría bien", "Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean". Las palabras claves son: "no puedo hacer nada por", "sólo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "yo soy el responsable de todo".

2. Falacia de justicia: consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con los deseos de una persona. Por ejemplo, un estudiante suspende un examen y sin evidencia piensa: "Es injusto que me hayan suspendido". Otra piensa sobre su pareja "Si de verdad me apreciara no me diría eso". Las palabras claves son: "no hay derecho a", "es injusto que", "si de verdad tal, entonces...cual".

3. Falacia de cambio: consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Por ejemplo un hombre piensa: "la relación de mi matrimonio solo mejorará si cambia mi mujer". Las palabras claves son: "si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".

4. Culpabilidad: consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Por ejemplo una madre cada vez que sus hijos alborotaban o lloraban tendía a irritarse con ellos y consigo misma culpándose de no saber educarlos mejor. Otra persona que estaba engordando culpaba a su

cónyuge por ponerle alimentos demasiado grasos. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos. En este caso las palabras claves aparecen en torno a "mi culpa", "su culpa", "culpa de".

5. Tener razón: consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Por ejemplo, una pareja discutía frecuentemente por la manera de educar a los hijos, cada uno se decía: "yo tengo razón, el/ella esta equivocado/a" y se enredaban en continuas discusiones con gran irritación de ambos. No llegaban a ningún acuerdo tan solo era una lucha de poder, de sobresalir con su razón particular. Las palabras claves que denotan esta distorsión son: "yo tengo razón", "se que estoy en lo cierto el/ella esta equivocado/a".

6. Falacia de recompensa divina: consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Por ejemplo, una mujer toleraba que su marido llegara bebido a altas horas y gritara. Ella se decía: "si aguanto el día de mañana se dará cuenta de lo que hago por el". Sin embargo iba acumulando gran ira y respondía de manera indirecta a su malestar cuando su pareja le

solicitaba relación sexual y ella se oponía por "estar cansada y con dolor de cabeza". En este caso las palabras claves que indican esta distorsión son: "el día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejorarán en un futuro".

Estrategias Compensatorias

Son comportamientos normales que todas las personas llevan a cabo alguna vez para tolerar y sobrellevar las creencias centrales negativas que presentan. Estas las protegen del fracaso y no dejan ver su incapacidad para desempeñarse en la vida y ser amadas (Beck, 1964).

Algunas estrategias compensatorias típicas que realizan las personas se pueden observar en la Figura 8.

- Evitar emociones negativas	- Mostrarse muy emocional
- Tratar de ser perfecto	- Mostrarse adrede como incompetente o indefenso
- Ser excesivamente responsable	- Evitar las responsabilidades
- Evitar la intimidad	- Buscar intimidad inadecuada
- Buscar reconocimiento	- Evitar llamar la atención
- Tratar de controlar las situaciones	- Renunciar al control de los otros
- Evitar confrontaciones	- Provocar a los demás
- Actuar de manera infantil	- Actuar de manera autoritaria
- Tratar de complacer a los demás	- Distanciarse de los otros o tratar de complacerse solamente a sí mismo

Figura 8. Estrategias compensatorias típicas propuestas A. Beck (1964).

Reacciones Emocionales

Las emociones se pueden definir como un elemento multidimensional, pues se integran diferentes aspectos para su conceptualización, en la primera dimensión se definen los estados subjetivos, es decir; los sentimientos, que hacen referencia a la interpretación emocional que hace una persona en una situación, en ésta dimensión el sujeto expresa un estado en particular tristeza, alegría, etc. También se encuentra una dimensión motivacional, al definirse las emociones como reacciones biológicas que movilizan la energía necesaria para que el cuerpo esté listo para actuar lo cual le permite a la persona iniciar las acciones para dirigirse a una meta. Por último se plantea que las emociones tienen un componente social ya que son “señales comunicativas para otras personas, a partir de posturas, gestos y otras acciones un sujeto puede expresar un estado emocional para los demás” (Reeve, 2003, p. 442). En general se puede establecer que una emoción cumple un papel fundamental para el individuo ya que prepara al organismo para dar una respuesta ya sea de cercanía hacia el objeto o de alejamiento hacia éste según la reacción emocional, según esté relacionada con una reacción positiva o negativa hacia el objeto.

Diversos autores en el estudio de las emociones plantean la existencia de un número determinado de reacciones primarias encontrándose seis emociones principales (Goleman, 1995) las cuales son: ira, miedo, felicidad, sorpresa, disgusto y tristeza.

La ira aparece por una experiencia de restricción, en la que se evalúa que una meta o plan individual fue frustrado por una fuerza externa, también puede presentarse por traición a la confianza o crítica y en sí cuando una situación no cumple con las expectativas de las personas, por lo que la conducta se orienta a destruir las barreras que están obstruyendo la consecución de un objetivo, la ira puede dar lugar a sentimientos de fastidio, irritabilidad y hostilidad.

El miedo surge en el momento que una persona evalúa una situación de peligro y ve en riesgo su seguridad, las amenazas pueden ser psicológicas o físicas por lo que el individuo busca defender el yo a través del escape; mostrando una conducta evitativa ante la situación evaluada, ante el miedo se presentan sentimientos de temor, ansiedad, nerviosismo, preocupación y abatimiento.

La felicidad surge ante situaciones vinculadas con la obtención de resultados deseables como el éxito en una tarea, el logro personal, lograr estima, recibir amor, obtener lo que uno quiere y cualquier sensación placentera que se experimente, la actividad aumenta pasando a un estado de ánimo extrovertido, entusiasta y optimista, los sentimientos asociados son el placer, la alegría, orgullo, satisfacción y gratificación.

La sorpresa genera un mayor alcance visual ingresando más luz a la retina, por lo que ofrece mayor información sobre el acontecimiento inesperado, por o tanto resulta más fácil distinguir lo que ocurre y así idear un

mejor plan de acción ante la situación, da lugar a sentimientos de asombro, admiración, desconcierto y confusión.

El disgusto se caracteriza por el rechazo a algo y da como resultado que una persona se aleje de ciertos aspectos físicos o psicológicos del ambiente, ya que genera aversión las personas aprenden conductas para que puedan evitar las condiciones que producen repugnancia, aparecen entonces sentimientos de desprecio, aborrecimiento, aversión y repulsión.

La tristeza hace referencia a la emoción más negativa y aversiva del ser humano cuando se tienen vivencias de separación o fracaso, ante este tipo de situaciones la persona trata por todos los medios de aliviar las circunstancias que producen tal emoción; sin embargo si no es posible superarla disminuye la actividad física, el estado de ánimo es introvertido y se produce la desesperanza (Goleman, 1995).

Reeve (2003) plantea el interés dentro de las emociones primarias, que resulta la emoción más común en el ser humano porque aparece en la vida cotidiana constantemente, así que las condiciones en las cuales surge el interés es por un cambio de estímulo, un nuevo aprendizaje, la incertidumbre, la novedad, la complejidad, la curiosidad y pensamientos de logro. De este modo es posible que un estímulo deje de interesar al sujeto, pero este no desaparece sino más bien el interés se desplaza a otro estímulo de manera constante, por lo tanto despierta comportamientos de exploración, manipulación y búsqueda, desarrollando en la persona nuevas competencias y habilidades.

Las emociones tienen una importancia fundamental para el terapeuta cognitivo. Las emociones negativas intensas son muy dolorosas y pueden ser disfuncionales cuando interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción. Las emociones son reacciones en situaciones específicas con los nombres correspondientes, por ejemplo: enojado, triste, angustiado, avergonzado, humillado, herido, preocupado, asustado, decepcionado, etc. (Beck, 1964).

Reacciones Comportamentales

Según Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santero y Villegas (1997) Los comportamientos se definen como acciones motoras orientadas hacia una meta y se pueden representar a partir de las verbalizaciones que hace una persona con referencia a acciones o comportamientos previos.

Las reacciones comportamentales o modalidad motora viene definida por lo directamente observable en el sujeto, lo que este hace: correr, dormir, leer, mirar, llorar, son actividades encuadrables dentro del sistema motor (Lang, 1968, citado por Fernández y Ballesteros, 1991).

Reacciones Fisiológicas

La modalidad fisiológica puede ser conceptualizada a través de la actividad del sistema nervioso del organismo detectable y amplificable mediante aparatos y registros verbales. Algunas de las respuestas del sistema fisiológico son respuesta cardiaca, presión arterial, sudoración, tensión muscular (Lang, 1968, citado por Fernández y Ballesteros, 1991).

Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring

La conducta psicopatológica tiene dos tipos de causas: biológicas y ambientales. Estas causas se suelen combinar en la mayoría de los trastornos psicológicos, llamándose a los modelos que la estudian "multifactoriales".

Uno de estos modelos es el llamado de "Vulnerabilidad" (Zubin y Spring, citados por Imbernon y Ruiz, 1996), que quizás sea el más compartido por la mayoría de los psiquiatras y psicólogos clínicos para dar cuenta de los factores causales de los distintos trastornos. El modelo referido propone que los trastornos suponen una crisis en el funcionamiento psicobiológico de las personas con una cierta vulnerabilidad (disposición o características de personalidad) ante determinados estresores (situaciones que generan tensión y necesidades de adaptación). La vulnerabilidad incluye predisposiciones determinadas genéticamente que a su vez influyen sobre, por ejemplo, determinados niveles de sustancias bioquímicas en el cerebro del individuo. También incluyen procesos y habilidades psicológicas, como la capacidad atencional, los procesos de memoria, los estilos de pensamiento personales y las habilidades de conducta para afrontar determinadas situaciones. Se supone además que esos factores se pueden consolidar y hacerse más persistentes en las épocas tempranas de la vida, donde la maduración del sistema nervioso está iniciándose y las influencias ambientales provenientes del medio sociofamiliar pueden dejar una fuerte huella.

El ambiente actual de la persona (incluyendo tanto factores psicosociales como físicos) desencadena los trastornos, en función de lo vulnerable que sea el sujeto a ellos, haciendo que la reacción de la persona a estos esté mediatizada por sus disposiciones biológicas (por ejemplo, determinados niveles de sustancias bioquímicas cerebrales), su reacción corporal global, sus procesos psicológicos básicos (por ejemplo, estilos de pensamiento y capacidad atencional) y sus habilidades de afrontamiento (por ejemplo, sus métodos para resolver problemas). Además los recursos externos, como el apoyo familiar, de los amigos o la existencia de servicios sociales o sanitarios disponibles, van a modular el mejor o peor manejo de las dificultades. Si esos procesos mediacionales (la vulnerabilidad o disposición personal) y la disposición de recursos externos no son adecuados o accesibles, el resultado será el trastorno psicológico o la aparición de determinadas enfermedades. Esto no solamente puede ser válido para las llamadas "enfermedades mentales", sino también para las enfermedades médicas, en general. Este modelo se explica claramente en la Figura 9.

Factores de Vulnerabilidad

Según Zubin y Spring (citados por Imbernon y Ruiz, 1996) las conductas desadaptativas se pueden explicar a partir de la interacción de múltiples factores de riesgo que se agrupan en diferentes categorías de vulnerabilidad:

1. Factores demográficos: dentro de estos factores se encuentran: a) edad, b) género, c) escolaridad, d) estado civil, e) religión, f) profesión, g) ocupación, h) lugar de residencia e i) lugar de procedencia.

2. Factores de salud mental: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (American Psychiatric Association, 1995) plantea los siguientes trastornos: a) trastornos del estado de ánimo, b) trastornos relacionados con sustancias, c) trastornos de personalidad, d) esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, e) trastornos de ansiedad y f) síndromes mentales orgánicos.

3. Factores familiares: dentro de estos factores se encuentran: a) composición familiar y b) situaciones negativas en la familia de origen.

4. Factores sociales: dentro de estos factores se encuentran: a) grupo de amigos, b) grupo social y c) conflictos sociales.

5. Factores de salud física: dentro de estos factores se encuentran: a) hábitos de sueño, b) hábitos alimenticios, c) actividades cotidianas, d) cuidado personal y e) condición física.

6. Factores económicos: dentro de estos factores se encuentran: a) ingresos y b) conflictos económicos.

7. Factores psicológicos: dentro de estos factores se encuentran: a) cognitivos, b) comportamentales y c) emocionales.

8. Situaciones actuales desencadenantes: entre estas situaciones se encuentran: a) conflictos familiares, b) dificultades de pareja, c) conflictos

judiciales, d) problemas laborales, e) enfrentarse a nuevas circunstancias, f) presión social, g) cambio de residencia y h) abuso sexual.

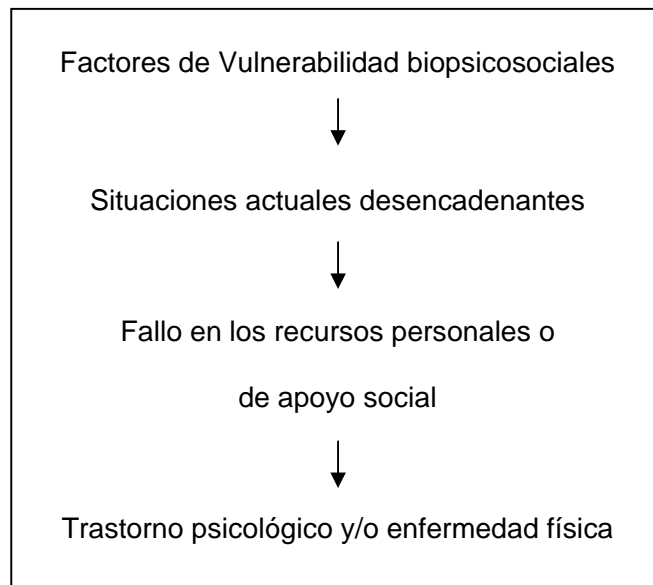


Figura 9. Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring (citados por Imbernon y Ruiz, 1996).

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es una forma de establecer relaciones y de afrontar los conflictos recurriendo a la fuerza, la amenaza, la agresión o al abandono (Muillender, 2005). La violencia intrafamiliar está definida en el artículo 3° de la ley 294 de 1996 como todo daño físico o psíquico, amenaza o agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro de la familia (Congreso República de Colombia, citado por Muillender, 2005).

Violencia Física hacia la Mujer Ocasionada por su Pareja

La violencia hacia la mujer se define en función de la siguiente lista de actos violentos ocasionados por su pareja, donde ella había sido: a) abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera hierla, b) empujada o le habían tirado del cabello, c) golpeada con el puño u otra cosa que pudiera hierla, d) golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza, e) estrangulada o quemada a propósito y f) amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella (OMS, 2005).

Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck

Plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. Los

sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. Generalmente la interpretación inadecuada de las situaciones conduce a la manifestación de conductas y emociones desadaptativas. Dichos errores de pensamiento fueron determinados por Beck como distorsiones cognitivas (Beck, 1964).

Datos Relevantes en la Historia de la Persona

Los datos relevantes típicos de la historia de la persona incluyen todas aquellas experiencias que ha vivido una persona y que pueden estar relacionadas con sus cogniciones, comportamientos y emociones actuales (Beck, 1964).

Pensamientos Automáticos

Son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente (Beck, 1964).

Creencias Intermedias

Tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales. Las creencias intermedias están constituidas por reglas-normas (“debería ser perfecto”), actitudes (“toda mi vida ha sido cruel”) y supuestos (“si no comprendo algo a la perfección, soy un tonto”) (Beck, 1964).

Creencias Centrales

Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar ni siquiera ante uno mismo, por ejemplo: “soy incompetente”, “no soy digno de ser amado”, etc. Constituyen el nivel más

esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso (Beck, 1964).

Distorsiones Cognitivas

Las distorsiones cognitivas son formas no válidas de razonamiento, errores en la forma de pensar de las personas que influyen sobre sus comportamientos (Beck, 1964).

Estrategias Compensatorias

Son comportamientos normales que todas las personas llevan a cabo alguna vez para tolerar y sobrellevar las creencias centrales negativas que presentan (Beck, 1964).

Reacciones Emocionales

Hacen referencia a la interpretación emocional que hace una persona en una situación, en ésta dimensión el sujeto expresa un estado en particular, tristeza, alegría, etc. (Reeve, 2003).

Reacciones Comportamentales

Los comportamientos se definen como acciones motoras orientadas hacia una meta y se pueden representar a partir de las verbalizaciones que hace una persona con referencia a acciones o comportamientos previos (Salazar y cols., 1997).

Reacciones Fisiológicas

La modalidad fisiológica puede ser conceptualizada a través de la actividad del sistema nervioso del organismo detectable y amplificable

mediante aparatos y registros verbales (Lang, 1968, citado por Fernández y Ballesteros, 1991).

Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring

El modelo referido propone que los trastornos suponen una crisis en el funcionamiento psicobiológico de las personas con una cierta vulnerabilidad (disposición o características de personalidad) ante determinados estresores (situaciones que generan tensión y necesidades de adaptación) (Zubin y Spring, citados por Imbernon y Ruiz, 1996).

METODOLOGIA

Enfoque Investigativo

La presente investigación es integracional porque en ella se utilizaron los dos tipos de metodología, el enfoque cuantitativo permite analizar los fenómenos sociales mediante el tratamiento estadístico de los datos y brinda mayor validez a una teoría o hipótesis; con la metodología cualitativa se puede describir y analizar los fenómenos sociales tal y como son percibidos, experimentados e interpretados por las personas; es decir que este tipo de investigación abarca en profundidad las opiniones, experiencias, creencias y pensamientos de las personas con relación al problema (Pardo y Cedeño, 1997; Hernández, Fernández y Baptista, 1998)..

Se decidió utilizar la integración de las dos metodologías porque éstas complementan el análisis e interpretación de la problemática de la violencia, la metodología cuantitativa fue utilizada para describir y analizar los factores de vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia física mediante la distribución de frecuencias de estos factores y la aplicación de la prueba ji cuadrada de bondad de ajuste (χ^2); mientras que la metodología cualitativa se focalizó en las diferentes cogniciones que presentaron las mujeres sobre la razón por qué permiten y toleran el maltrato por parte de sus parejas.

Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptivo-hermenéutico. Los estudios descriptivos-hermenéuticos tienen como propósito establecer y medir los

conceptos de estudio para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés y comprender lo que ocurre en el contexto (Erickson 1999; Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Método

Esta investigación utiliza un método observacional, que se emplea para investigar y analizar la aparición de una problemática específica en una población determinada, analizando la asociación entre posibles factores relacionados, sin establecer condiciones causales (Brannon y Feist, 2001).

Diseño

Para el desarrollo de ésta investigación se utilizó el diseño ex post facto retrospectivo simple, el cual analiza un fenómeno después de que ha sucedido sin que exista manipulación de variables y se buscan hacia atrás posibles explicaciones de este (Hernández y cols., 1998).

Población

El Hospital Universitario Departamental de Nariño es una empresa social del estado, es la única organización de la red pública de nivel III de la región, funciona desde el 15 de Diciembre de 1975 y en Octubre de 1990, mediante resolución del Ministerio de Salud No. 14676, el Hospital Universitario Departamental de Nariño es clasificado como organismo para atención de nivel III (Documento Portafolio de Servicios, 2006). Esta institución presta los siguientes servicios: a) Traumatología y Ortopedia, b) Oncología, c) Cirugía General, d) Oftalmología, e) Gineco-Obstetricia, f) Medicina Interna, g) Neurocirugía, h) Urología, i) Otorrinolaringología, j)

Dermatología, k) Cardiología, l) Cirugía Plástica, m) Neumología, n) Gastroenterología, o) Pediatría, p) Fisiatría, q) Endocrinología, r) Hematología, s) Anestesiología, t) Neurología y u) Urgencias. A este último servicio acuden todas las personas que requieren asistencia inmediata porque su vida e integridad personal se encuentra en riesgo y es necesaria una ayuda especializada. Algunos de los casos que se registran en este servicio tienen que ver con traumas físicos ocasionados en situaciones de violencia intrafamiliar (Documento Portafolio de Servicios, 2006). En el Informe del Observatorio del Delito sobre violencia intrafamiliar 2005-2006 está planteado que el Hospital Universitario Departamental de Nariño es la entidad que ocupa el segundo lugar en reportar casos de violencia física hacia la mujer (Alcaldía Municipal de Pasto, 2006).

Teniendo en cuenta que la entidad de salud que más reporta estos casos es el Hospital Universitario Departamental de Nariño, el trabajo se desarrolló en este lugar debido a la facilidad que se presentó para establecer contacto con dichas personas y la factibilidad de aplicación de entrevistas. La población objeto de estudio cumplió con las siguientes condiciones: a) ser mujer y b) haber sido víctima de violencia física causada por su pareja en más de una ocasión. No se restringió el rango de edad ni el tipo de pareja debido al interés de las investigadoras por cubrir la totalidad de los casos de mujeres víctimas de violencia física que acuden a esta entidad de salud. Durante el año 2006 se reportaron 308 casos que corresponden a esta problemática.

Muestra

El estudio se desarrolló con 32 mujeres que fueron víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas en el municipio de Pasto, durante el año 2006, registradas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño quienes fueron seleccionadas mediante el muestreo probabilístico y accedieron de forma voluntaria a participar en la investigación.

En el muestreo probabilístico todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos, por lo tanto el resultado de su aplicación brinda una muestra representativa con el mínimo margen de error (Hernández y cols., 1998). Para seleccionar la muestra probabilística se realizaron los siguientes pasos.

1. Se utilizó la siguiente formula para calcular el tamaño de la muestra sin ajustar:

$$n' = S^2/V^2$$

Donde:

n' = tamaño de la muestra sin ajustar

S^2 = varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad donde $S^2 = p(1-p)$. Donde $p = 0.9$ para efectos de esta investigación.

V^2 = varianza de la población, $(se)^2$ cuadrado del error estándar.

Donde $se = .05$ para efectos de esta investigación.

2. Se utilizó la siguiente formula para calcular el tamaño de la muestra definitiva:

$$n = n' / (1 + n' / N)$$

Donde:

N = Tamaño de la población. En este caso 308.

n = Tamaño de la muestra.

Es decir, para esta investigación se necesitó una muestra de 32 mujeres.

Instrumentos de Recolección de Información

Para obtener la información requerida en ésta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Entrevista Semi-estructurada: se diseñó una entrevista semi-estructurada que permitió plantear preguntas abiertas a partir de los conceptos que manejan los modelos teóricos de A. Beck y Zubin y Spring (ver anexo A). Estaba compuesta por 103 preguntas abiertas, agrupadas de acuerdo a los factores de vulnerabilidad y los conceptos del Modelo de Terapia Cognitiva.

Para establecer si la entrevista suministraba la información requerida en la investigación fue validada por cinco jueces, quienes aportaron sus conocimientos para optimizarla. Se realizaron algunos ajustes relacionados con: a) la distribución de acuerdo a las categorías de análisis, b) el orden de presentación de las preguntas y c) la redacción de las preguntas. Después se realizó una prueba piloto con diez mujeres del municipio de Pasto, atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital Departamental de Nariño, cuyo motivo de ingreso fue trauma por violencia física ocasionada por la pareja. Se

encontró que el diseño de la entrevista proporcionaba la información requerida para cumplir los objetivos propuestos en la investigación, permitía confirmar los datos evaluados a lo largo de su aplicación, que el tiempo de duración era el adecuado y que las preguntas estaban dentro de los parámetros éticos tomados de la Organización Mundial de Salud para proteger y respetar la integridad de la persona entrevistada y la persona entrevistadora.

2. Autoregistro de Pensamientos: Es un formato propuesto por A. Beck (1964) que consta de cuatro columnas básicas en las que la persona evaluada expresa por escrito los pensamientos que surgieron, las emociones que experimentó y los comportamientos que efectuó frente a una situación determinada (ver Anexo B).

Procedimiento

Para desarrollar esta investigación se utilizó el Modelo del Proceso de Investigación propuesto por Bonilla y Castro (1997).

Etapas 1. Definición Situación-Problema

Exploración de la Situación

El asunto a investigar en este estudio se refiere a las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas. El tema fue escogido después de revisar gran cantidad de material bibliográfico en el que se incluyen los modelos que se utilizaron como fundamento teórico para el estudio sobre violencia física hacia la mujer y conocer el estado actual de las investigaciones realizadas a nivel mundial,

nacional y local sobre la problemática. El interés por estudiar el tema también surgió a partir de las experiencias y conocimientos obtenidos durante el periodo de práctica profesional de las estudiantes investigadoras desarrollado en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., teniendo en cuenta los casos de violencia física hacia la mujer que atendieron y el fácil acceso a las fuentes necesarias para abordar el tema escogido, además de la disponibilidad de los recursos humanos y financieros.

Diseño

Para alcanzar los objetivos planteados en esta investigación se elaboró y validó una entrevista semi-estructurada, se estructuró el formato del autoregistro de pensamientos y se preparó un formato de consentimiento informado.

Etapa 2. Trabajo de Campo

Recolección de datos

Se acudió al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. donde se obtuvo la información de los casos de violencia física hacia la mujer ocasionada por su pareja ocurridos en el municipio de Pasto, durante el año 2006. Posteriormente, se contactó a las mujeres, se les explicó la naturaleza y objetivos de la investigación, con quienes aceptaron participar en el estudio se firmó el formato de consentimiento informado (ver anexo C). Posteriormente se procedió a la aplicación de la entrevista y entrega del formato de autoregistro. Se solicitó a las mujeres completar el autoregistro en

un periodo de una semana. Aquellas personas que requerían de atención psicológica fueron remitidas a la Unidad de Psicología del Hospital.

Organización de la información cuantitativa

La información obtenida de las entrevistas y el autoregistro acerca de los factores de vulnerabilidad fue sistematizada en una matriz ejecutada con el programa Excel y descrita a través de la distribución de frecuencias, después se aplicó la prueba estadística ji cuadrada de bondad de ajuste (χ^2) con un nivel de confianza de .05 y .01 para evaluar la relación entre los factores que posiblemente inciden sobre la presentación de violencia hacia la mujer.

Ji cuadrada de bondad de ajuste (χ^2): es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos factores. Se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías. En la tabla de contingencia se anotan las frecuencias observadas de la muestra de la investigación. Posteriormente se calculan las frecuencias esperadas para cada celda. En esencia la Ji cuadrada es una comparación entre la tabla de frecuencias observadas y la denominada tabla de frecuencias esperadas. La frecuencia esperada de cada celda se calcula mediante la fórmula aplicada a la tabla de frecuencias observadas:

$$Fe = (\text{total de la fila})(\text{total de la columna})/N$$

Donde N es el número total de las frecuencias observadas.

Una vez obtenidas las frecuencias esperadas, se aplica la siguiente fórmula de Ji cuadrada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde \sum significa sumatoria.

O= frecuencia observada en cada celda.

E= frecuencia esperada en cada celda.

La diferencia entre O y E se eleva al cuadrado y se divide sobre la frecuencia esperada. Finalmente se suman estos resultados y la sumatoria es el valor de χ^2 obtenida.

Los resultados obtenidos en la muestra están identificados por los grados de libertad. Esto es, para saber si un valor de χ^2 es o no significativo, se debe calcular los grados de libertad que se obtienen mediante la siguiente fórmula:

$$Gl=(r-1) (c-1)$$

Donde r= número es el numero de filas de la tabla de contingencia.

c= el número de columnas.

Finalmente, se acude a los grados de libertad que están representados en una tabla de valores (Wayne citado por Hernández y cols., 1998) (ver Anexo D), eligiendo el nivel de confianza .05 o .01. Si el valor

calculado de χ^2 es igual al de la tabla, se dice que las variables están relacionadas y que χ^2 fue significativa (Hernández y cols., 1998).

Organización de la información cualitativa

La información obtenida de las entrevistas y el autoregistro acerca de las cogniciones que presentaron las mujeres sobre la situación de violencia física que vivieron se organizó en una matriz de triangulación interpretativa (ver Anexo E) para analizar y comprender la razón por la cual permiten y toleran dicha violencia.

Etapas 3. Análisis e Interpretación

A partir de la aplicación de la prueba estadística ji cuadrada de bondad de ajuste (χ^2) se obtuvieron conclusiones sobre aquellos factores que por ser estadísticamente significativos están relacionados con la presencia de violencia hacia la mujer.

Asimismo, la matriz de triangulación interpretativa permitió articular tres vértices de información: la realidad, la teoría y los conocimientos de las investigadoras con el objetivo de interpretar y comprender las cogniciones de las mujeres entrevistadas sobre la situación de violencia que han vivido.

Etapas 4. Síntesis y Exposición

Se integró la información cualitativa y cuantitativa mediante un esquema teórico, en el cual se establecieron las características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas que

pueden ser factores de riesgo para la aparición y mantenimiento de dicha violencia.

RESULTADOS

Para comprender las características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por la pareja atendidas en la unidad de Urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el año 2006 en el municipio de Pasto, se adoptó como marco conceptual la utilización de dos modelos teóricos, el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad de Zubin y Spring y el Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck, razón por la cual se presenta, en primer lugar, la distribución de frecuencias y el estudio estadístico de los factores de vulnerabilidad y en segundo lugar se describen y analizan los componentes que conforman el Modelo de Terapia Cognitiva.

Se considera importante aclarar que para la presentación de los resultados de esta investigación se han empleado los términos “abuso” y “maltrato” como sinónimos de violencia.

Factores de Vulnerabilidad

Existen factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad que explicarían por qué en contextos similares, en ocasiones se producen situaciones de violencia y en otras no. La identificación de estos factores asociados con las distintas formas que adopta la violencia intrafamiliar resulta decisiva a la hora de elaborar propuestas o realizar alguna intervención, tanto en lo que respecta a la atención del problema como a su prevención. Los factores de vulnerabilidad no son causales de violencia pero inciden en su aparición y mantenimiento.

En la investigación se evaluaron múltiples factores de vulnerabilidad que se agrupan en las siguientes categorías: a) factores demográficos, b) factores familiares, c) factores socio-económicos y d) factores de salud.

Factores Demográficos

Dentro de esta categoría se evaluaron los siguientes factores: a) edad, b) escolaridad, c) estado civil, d) religión, e) ocupación, f) lugar de residencia, g) nivel socioeconómico y h) lugar de procedencia de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por la pareja.

Edad

Respecto a la edad de las mujeres que participaron en la investigación se observa que esta oscila entre 13 y 40 años, siendo el intervalo de 25 a 34 años o etapa adulta temprana, en el que existe mayor frecuencia de casos correspondiente al 53%, seguida por el 22% con mujeres en edades de 35 años o más, el 16% con edades entre 18 y 24 años y el 9% entre 13 y 17 años. La distribución de casos por edad se observa en la Figura 10.

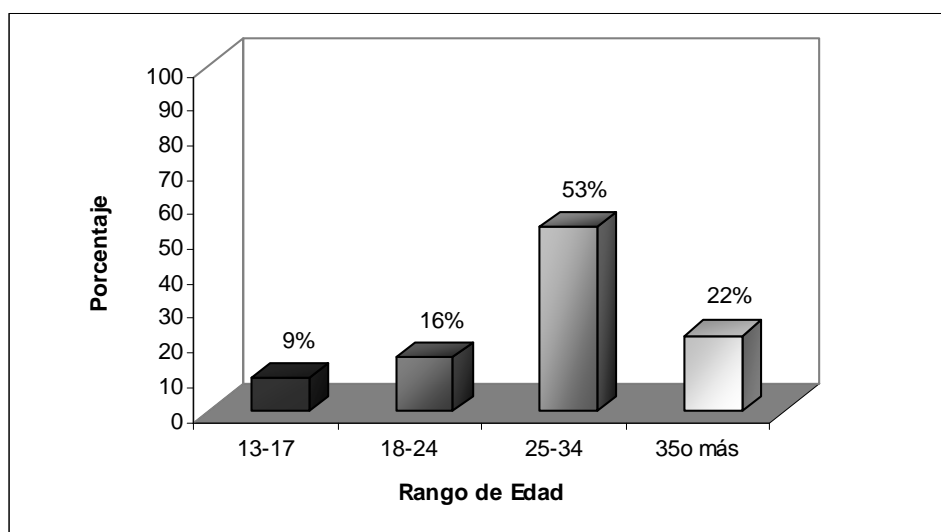


Figura 10. Distribución de casos por rango de edad.

Escolaridad

En cuanto al nivel educativo se identificó que el 44% de las mujeres tenían una escolaridad de secundaria incompleta ($\chi^2 = 20,39$; $gl = 5$; $p < .01$), de las cuales el 71% tuvo deserción escolar mientras que el 29% restante se encontraba cursando el bachillerato acelerado (ver Tabla 1). El 25% terminó la primaria, el 19% de las mujeres tenía primaria incompleta, el 6% no tenía estudios, el 3% terminó la secundaria y el 3% restante llegó a cursar un nivel técnico de estudios (ver Figura 11).

Tabla 1.

Frecuencias Observadas por Escolaridad y Deserción Escolar

Escolaridad	Deserción Esc.	No Deserción Esc.	Total
Ninguno	2	0	2
Primaria Incompleta	6	0	6
Primaria Completa	0	8	8
Secundaria Incompleta	10	4	14
Secundaria Completa	0	1	1
Técnico Incompleto	0	1	1
Total	18	14	32

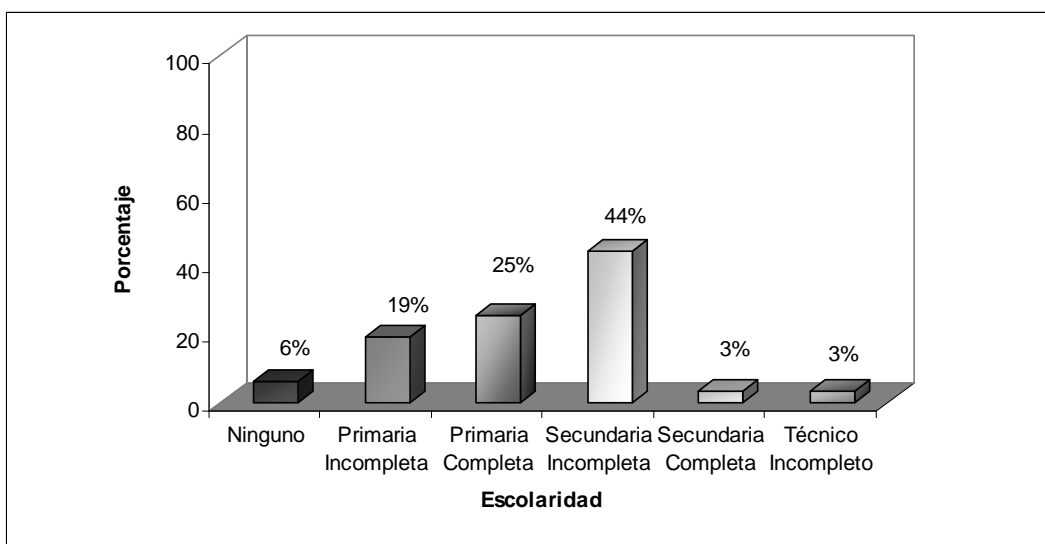


Figura 11. Distribución de casos por nivel educativo.

Estado Civil

En cuanto al estado civil, la mayoría de las mujeres que sufrieron maltrato físico establecieron la relación de pareja en unión libre (72%) ($\chi^2 = 8,89$; gl = 2; p < .05); el 65% lleva un periodo de convivencia de 1 a 5 años, el

26% de 6 a 10 años y el 9% de 11 años o más (ver Tabla 2). Las mujeres que estaban casadas constituyen el 28% de los casos, como se observa en la Figura 12.

Tabla 2.

Frecuencias Observadas por Estado Civil y Periodo de Convivencia

Estado Civil	Convivencia 1 a 5 Años	Convivencia 6 a 10 Años	Convivencia 11 Años o más	Total
Unión libre	15	6	2	23
Casada	1	4	4	9
Total	16	10	6	32

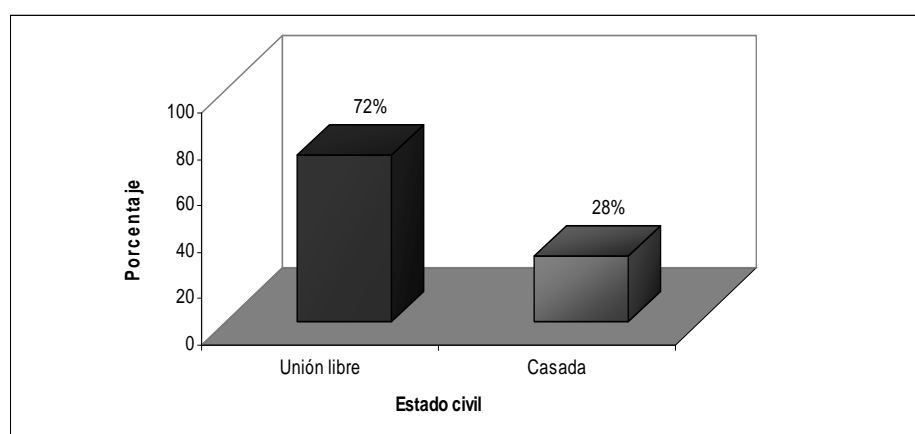


Figura 12. Distribución de casos por estado civil.

Religión

Por otra parte, en la muestra se identificó que el 66% de las mujeres afirmaban pertenecer a la religión católica ($\chi^2 = 13,44$; gl = 2; $p < .01$), de las cuales el 95% la practicaban evaluando su intensidad religiosa con un

promedio de 4, en un rango de 1 (mínimo) a 5 (máximo) (ver Tabla 3), seguidas en menor porcentaje por la religión cristiana (25%) y otras religiones (9%) como lo muestra la Figura 13.

Tabla 3.

Frecuencias Observadas por Religión y Práctica Religiosa

Grupo religioso	Practicante	No Practicante	Total
Católico	20	1	21
Cristiano	3	5	8
Otros	3	0	3
Total	26	6	32

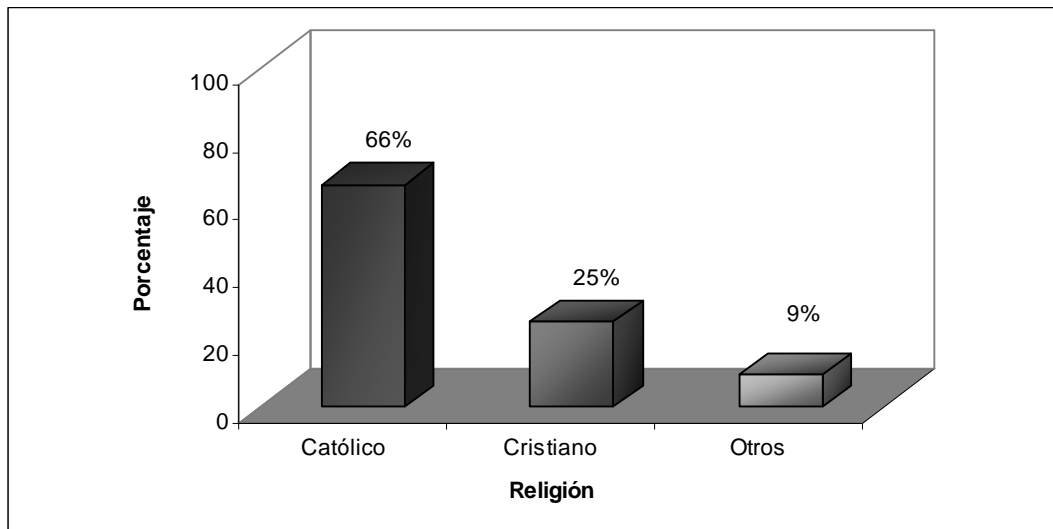


Figura 13. Distribución de casos por grupo religioso.

Ocupación

Con respecto a la ocupación en la Tabla 4 se observa que la mayoría de mujeres se desempeñan como amas de casa en un porcentaje de 63% y todas ellas lo hacen de tiempo completo ($\chi^2 = 8,76$; gl = 3; $p < .05$). Seguidas por 25% quienes se dedican a negocios independientes, el 9% son empleadas domésticas y el 3% son empleadas de alguna empresa. La distribución de casos por ocupación se muestra en la Figura 14.

Tabla 4.**Frecuencias Observadas por Ocupación y Tiempo de Trabajo**

Ocupación	Tiempo Completo	Medio Tiempo	Total
Ama de Casa	20	0	20
Empleada Domestica	2	1	3
Empleada Empresa	1	0	1
Independiente	5	3	8
Total	28	4	32

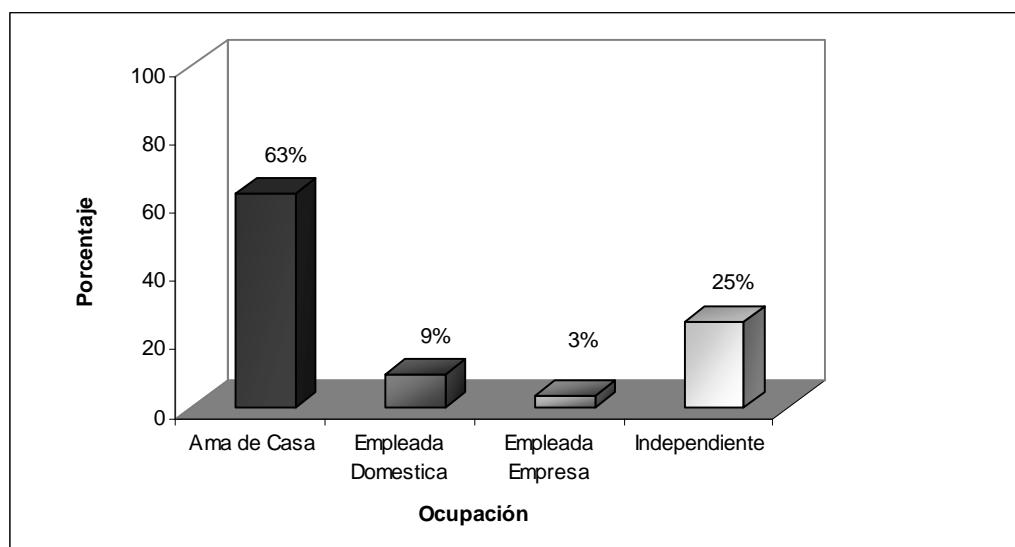


Figura 14. Distribución de casos por ocupación.

Lugar de Residencia

Del total de la muestra el 41% de las mujeres entrevistadas tienen su lugar de residencia dentro de la comuna 4, en la cual ellas se ubican en los barrios de Miraflores, Lorenzo, Tejar, Avenida Idema, La Paz y La Minga. El 22% se ubica en la comuna 5 (Barrios como el Pilar, San Martín y Santa Clara), el 19% se ubica en la comuna 11 (Barrios como Corazón de Jesús, Calvario y Santa Matilde), el 13% se ubica en la comuna 10 (Barrios como Nuevo Horizonte, Villa Guerrero y Sol de Oriente) y el 6% en la comuna 6 (Barrios como Nueva Colombia, Granada y San Miguel).

El resultado encontrado no significa que se considere un factor de riesgo pertenecer a determinada comuna, sino que la incidencia de los casos se puede explicar por la cercanía al Hospital Universitario Departamental de

Nariño, institución a la que acudieron estas mujeres. La distribución de casos por lugar de residencia se observa en la Figura 15.

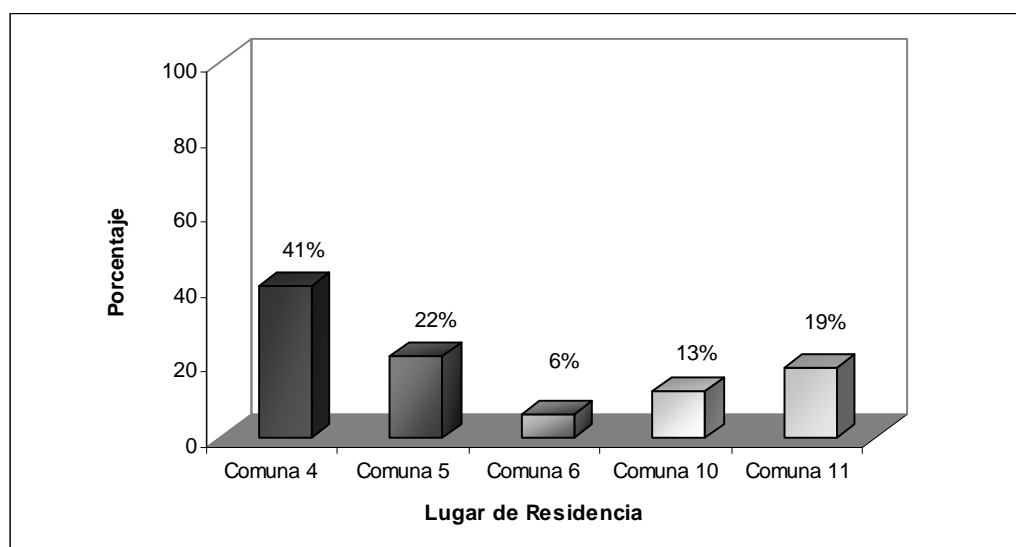


Figura 15. Distribución de casos por lugar de residencia.

Nivel Socio-Económico

En la Tabla 5 se puede observar que el 47% de las mujeres entrevistadas se encuentran en el nivel socio-económico 2 ($\chi^2 = 10,49$; $gl = 2$; $p < .01$), según la estratificación de los servicios públicos de sus viviendas, de las cuales el 73% se ubican en sub-nivel bajo. Seguidas por el 41% correspondiente al nivel socio-económico 1 y el 13% perteneciente al socio-económico 3 (ver Figura 16).

Tabla 5.

Frecuencias Observadas por Nivel y Subnivel Socioeconómico

Nivel Socioeconomico	Medio	Bajo	Total
Nivel 1	11	2	13
Nivel 2	4	11	15
Nivel 3	1	3	4
Total	16	16	32

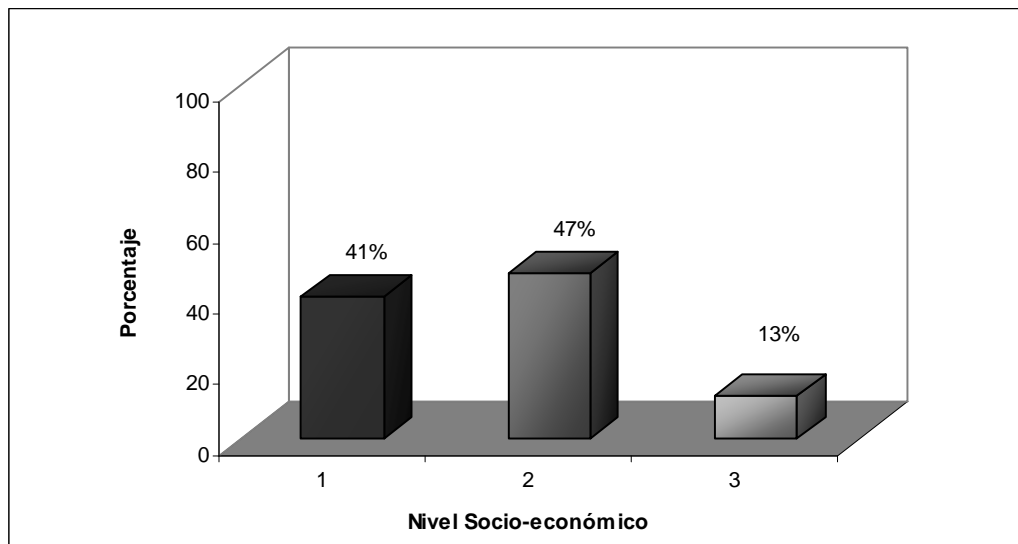


Figura 16. Distribución de casos por nivel socio-económico.

Lugar de Procedencia

Es importante observar que el 91% de las personas entrevistadas son procedentes de Pasto y el 9% de otros municipios, entre los que se encuentran Buesaco, La Laguna y Nariño, aunque todas viven en el municipio de Pasto (ver Figura17).

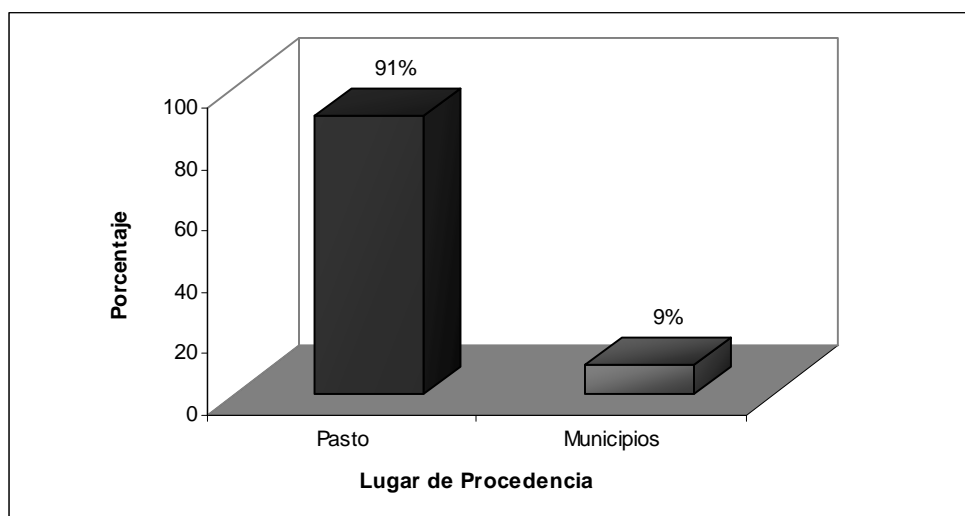


Figura 17. Distribución de casos por Lugar de Procedencia.

De acuerdo a los resultados encontrados en los factores demográficos, las características de las mujeres que pueden ser consideradas posibles factores de vulnerabilidad debido a su significancia estadística y que pueden incidir sobre la tolerancia de la violencia física de la pareja hacia ellas son: a) no haber terminado estudios secundarios, b) establecer una relación en unión libre con la pareja, c) la alta intensidad en la práctica de la religión católica, d) ser ama de casa como única ocupación y e) pertenecer a un nivel socio-económico bajo. Tener una edad comprendida entre 25 y 34 años no es un factor estadísticamente significativo, sin embargo, se considera necesario otorgarle importancia puesto que muestra una proporción relevante.

Factores Familiares

En la evaluación de este factor se obtuvieron resultados relacionados con: a) la descripción de la composición de la familia de origen, b) las situaciones negativas en la familia de origen, c) la composición de la familia actual, d) las situaciones negativas en la familia actual y e) la relación de pareja.

Composición de la Familia de Origen.

En cuanto a la composición de la familia de origen se estableció que las mujeres entrevistadas provenían, principalmente, de una familia extensa en un 38% (agrupación numerosa de miembros, que junto con los padres e hijos, incluyendo abuelos, tíos y primos, comparten vivienda y economía) ($\chi^2 = 10,58$; gl = 3; $p < .05$), además, en este tipo de familia el 83% de las mujeres entrevistadas tenía hermanos y el 17% eran hijas únicas como se puede observar en la Tabla 6.

El 31% de estas mujeres provenían de una familia monoparental (conformada por un solo cónyuge y sus hijos), el 19% de una familia nuclear (dos adultos de sexo diferente y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos propios o adoptados) y el 13% de familia simultánea (conformada por parejas que han tenido uniones anteriores que han concluido en ruptura y aportan hijos de uniones anteriores) como se describe en la Figura 18.

Tabla 6.

Frecuencias Observadas por Composición Familia de Origen y Hermanos

Composición Flia. Origen	Con hermanos	Hijos Únicos	Total
Nuclear	5	1	6
Extensa	10	2	12
Monoparental	3	7	10
Simultánea	4	0	4
Total	22	10	32

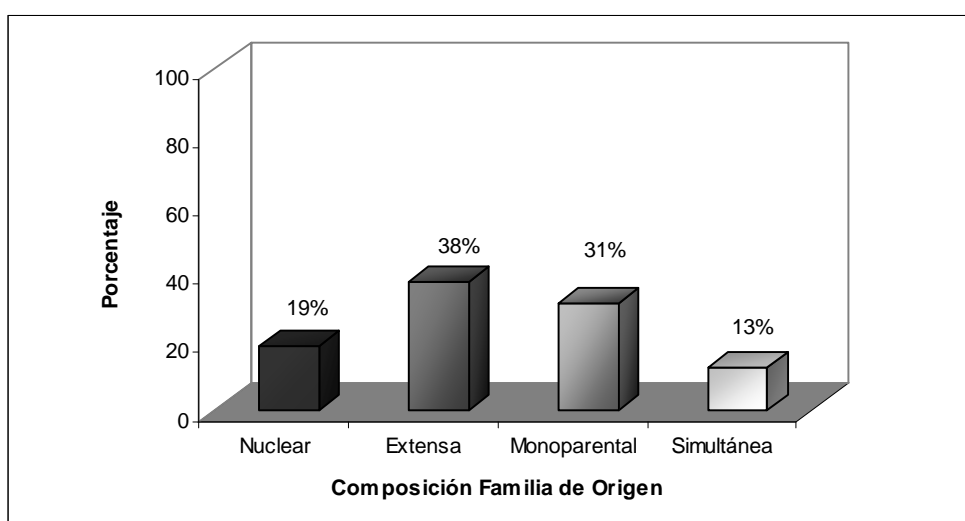


Figura 18. Distribución de casos por Composición Familia de Origen.

Situaciones Negativas en la Familia de Origen.

Con relación a las situaciones negativas ocurridas en la familia de origen se evaluó la existencia de: a) separación de los padres, b) consumo de sustancias psicoactivas y c) violencia intrafamiliar (ver Figura 19).

Separación de los padres. Del total de la muestra, el 88% de las mujeres entrevistadas afirma que sus padres son separados o divorciados.

Consumo de sustancias psicoactivas. De 32 mujeres entrevistadas, el 72% de estas (n=23) confirma que algún miembro de la familia de origen consumía sustancias psicoactivas, predominando el consumo de alcohol por parte del padre en un 90% entre los consumidores de alcohol. ($\chi^2 = 9,90$; gl = 2; $p < .01$) (ver Tabla 7).

Tabla 7.

Frecuencias Observadas por Consumo de Sustancias Psicoactivas en Familia de Origen y Consumidor

Consumo de Sustancias Psicoactivas Flia. Origen	Padre	Hermanos	Total
Alcohol	18	2	20
Basuco	2	1	3
Ninguna Sustancia	3	6	9
Total	23	9	32

Violencia intrafamiliar. En el 94% de los casos se presentaba violencia de tipo físico y psicológico entre los miembros de la familia de origen (n=30), dentro de este porcentaje el 84% de los casos correspondían a violencia ocasionada por el padre hacia la madre ($\chi^2 = 17,06$; gl = 6; $p < .01$), como se observa en la Tabla 8.

Tabla 8.

Frecuencias Observadas por Violencia Intrafamiliar y Miembros de la Familia

Violencia Intrafamiliar	Padre hacia hijos	Madre hacia hijos	Del Padre Hacia la Madre	Total
Física	1	0	2	3
Psicológica	0	0	2	2
Física y Psicológica	3	1	22	26
Ninguna	0	1	0	1
Total	4	2	26	32

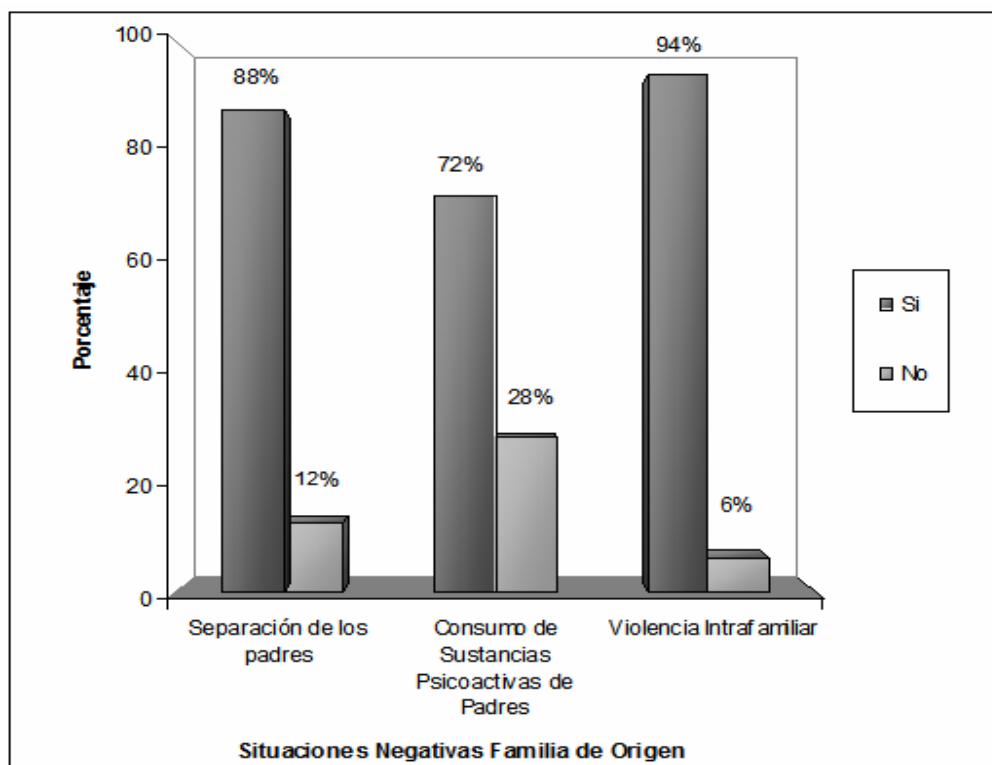


Figura 19. Distribución de casos por Situaciones Negativas en Familia de Origen.

El tipo de violencia que recibieron las mujeres entrevistadas en la familia de origen era físico en un 37,5% ($\chi^2 = 17,38$; gl = 6; $p < .01$), psicológico en un 31%, mixto en un 12,5% y en el 19% de los casos no se presentó ningún tipo de violencia (ver Figura 20).

Al analizar la situación de violencia intrafamiliar en la familia de origen se identificó que entre los familiares que maltrataban a las mujeres entrevistadas sobresalen los padres, el tipo de maltrato era físico en un 50%, psicológico en un 45% y Mixto en un 5% (ver Tabla 9). Ninguna de las mujeres entrevistadas reporto haber sido víctima de violencia sexual.

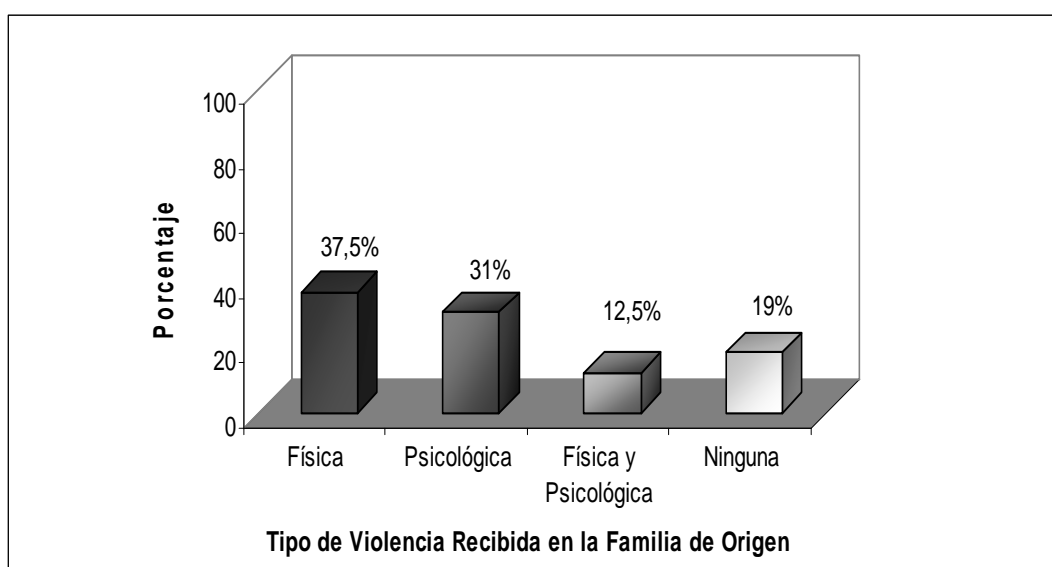


Figura 20. Distribución de casos por Tipos de Violencia Recibida en la Familia de Origen.

Tabla 9.

Frecuencias Observadas por Tipo de Violencia Recibida en la Familia de Origen y Persona que Maltrata

Tipos de Violencia recibida en la Familia de Origen	Por los padres	Por los hermanos	Por otros	Total
Física	10	2	0	12
Psicológica	9	1	0	10
Física y Psicológica	1	1	2	4
Ninguna	6	0	0	6
Total	26	4	2	32

Composición de la Familia Actual.

En el momento en el que se realizó la entrevista a las mujeres que participaron en esta investigación, el 56% de ellas manifestó establecer una familia nuclear, (dos adultos de sexo diferente y que ejercen el papel de padres de uno o más hijos propios o adoptados) ($\chi^2 = 12,46$; gl = 4; p < .05), seguidas en menor proporción por la formación de familia simultánea (25%) y familia singularizada (19%) (ver Figura 21).

El 55% de las mujeres establecieron una familia nuclear con un hijo, el 33% con dos hijos y el 12% con tres hijos, como lo muestra la Tabla 10.

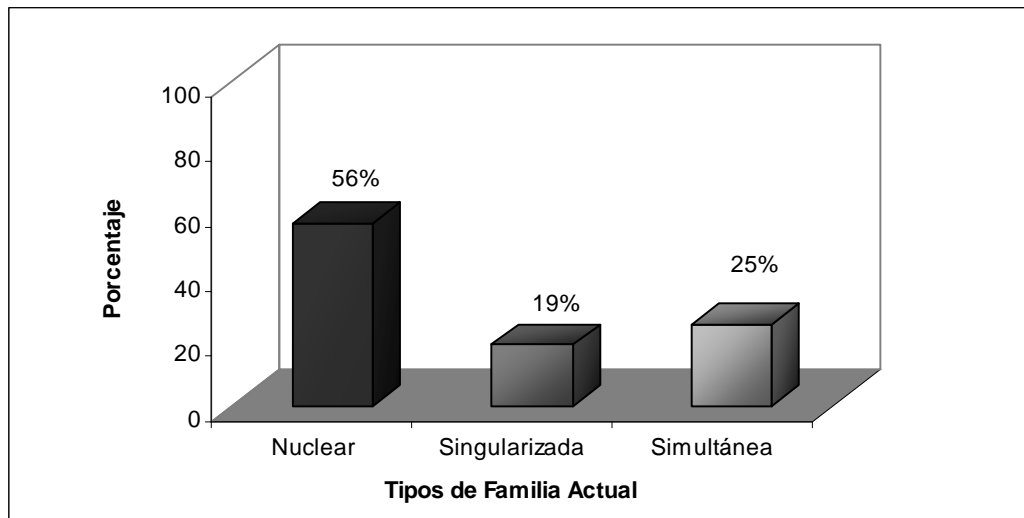


Figura 21. Distribución de casos por Tipos de Familia Actual.

Tabla 10.

Frecuencias Observadas por Tipo de Violencia Recibida en la Familia de Origen y Persona que Maltrata

Tipo de familia actual	Un hijo	Dos hijos	Tres hijos	Total
Nuclear	10	6	2	18
Singularizada	1	1	4	6
Simultánea	1	1	6	8
Total	12	8	12	32

Situaciones Negativas en la Familia Actual.

En esta categoría se evaluó la presencia de: a) el consumo de sustancias psicoactivas por la pareja y b) la presencia de violencia física y psicológica hacia los hijos por el padre y la madre (ver Figura 22).

En el 72% de las familias actuales de las mujeres entrevistadas se presenta el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la pareja, predominando el consumo de alcohol en un 91% ($\chi^2 = 19,66$; $gl = 2$; $p < .01$) como se puede observar en la Tabla 11; Por otra parte, se identificó la existencia de violencia física y psicológica hacia los hijos por parte del padre y la madre en un 31%.

Tabla 11.

Frecuencias Observadas por Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Familia Actual y Consumidor

Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Familia Actual	Por el hombre (pareja)	Por la mujer	Total
Alcohol	21	2	23
Basuco	2	1	3
Ninguna Sustancia	0	6	6
Total	23	9	32

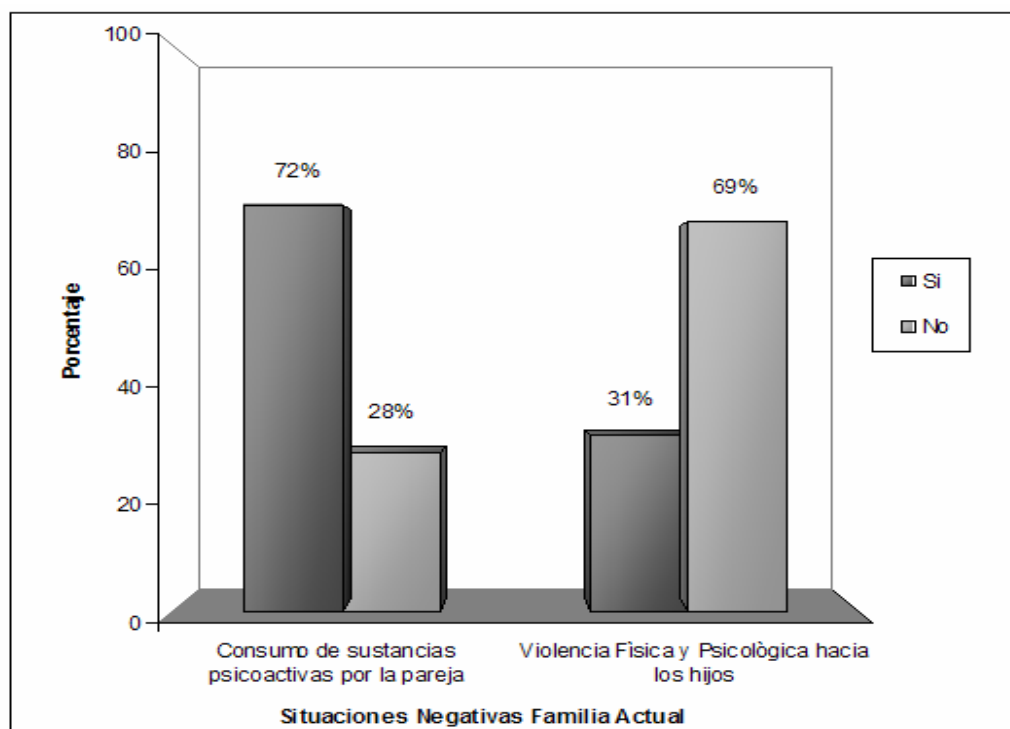


Figura 22. Distribución de casos por Situaciones Negativas en la Familia Actual.

A partir de los resultados obtenidos en los factores familiares, se pueden establecer como posibles factores de vulnerabilidad debido a su significancia estadística: a) provenir de una familia extensa conformada por varios hermanos, b) el consumo de alcohol por parte del padre, c) la existencia de maltrato físico y psicológico en la familia de origen, d) haber sido víctima de maltrato físico por parte de los padres, e) establecer con la pareja actual una familia nuclear y f) el consumo de alcohol por parte de la pareja actual.

Relación de Pareja.

En esta categoría se analizó la presencia de a) el tipo de violencia ejercida por la pareja hacia la mujer, b) el tipo y la frecuencia de lesiones físicas recibidas, c) las formas de violencia psicológica hacia la mujer, d) los motivos de la violencia, f) las consecuencias físicas de la violencia en la mujer y g) las consecuencias psicológicas de la violencia en la mujer.

Tipo de Violencia Ejercida por la Pareja hacia la Mujer. En el 100% de los casos hay presencia de violencia física hacia la mujer por parte de la pareja. También se encontró que en el 91% de los casos la violencia física va acompañada por violencia psicológica (ver Figura 23).

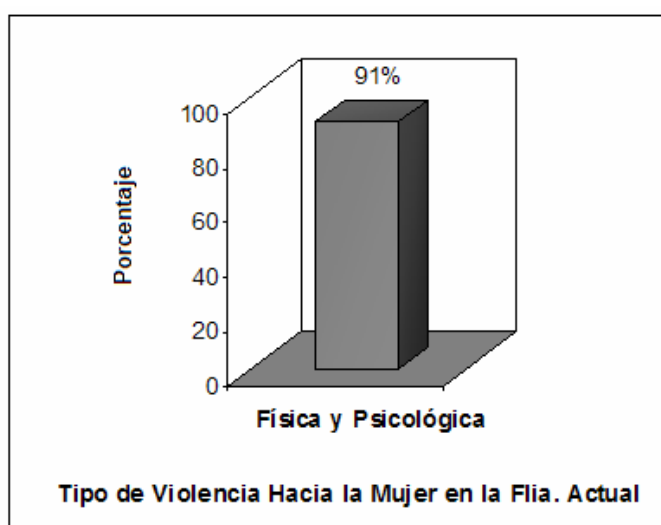


Figura 23. Distribución de casos por Tipo de Violencia Ocasionada por la Pareja.

Tipo y Frecuencia de Lesiones Físicas Recibidas. Se registró que la violencia física se presentaba en su mayoría (70%) con una frecuencia de 1 vez por semana, especialmente los fines de semana en los cuales se registra mayor ingesta de alcohol por parte de la pareja, manifestada en las conductas violentas (físicas) que plantea la Organización Mundial de la Salud OMS (2005), observando que la conducta más frecuente corresponde a los puñetazos (22%) hacia la mujer, aunque no significa que esta se presente sola. La distribución de estas conductas se presenta en la Figura 24.

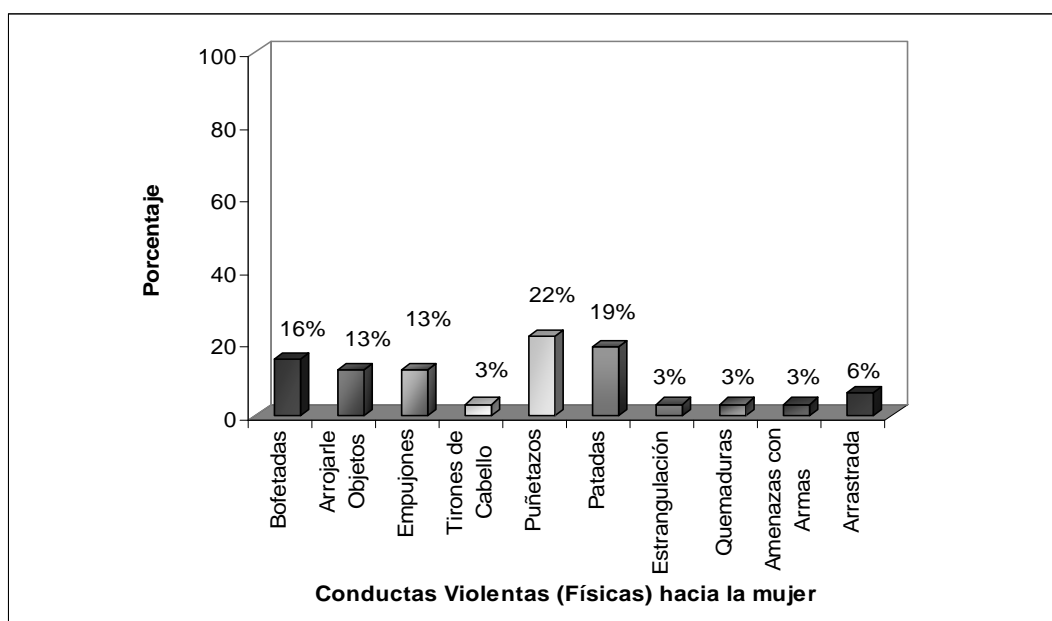


Figura 24. Distribución de casos por Conductas Violentas (Físicas) hacia la mujer.

Formas de Violencia Psicológica hacia la Mujer. En cuanto a las formas de violencia psicológica hacia la mujer por parte de la pareja se

encontró que la más recurrente de estas fue el trato degradante con un 31%, como se describe en la figura 25.

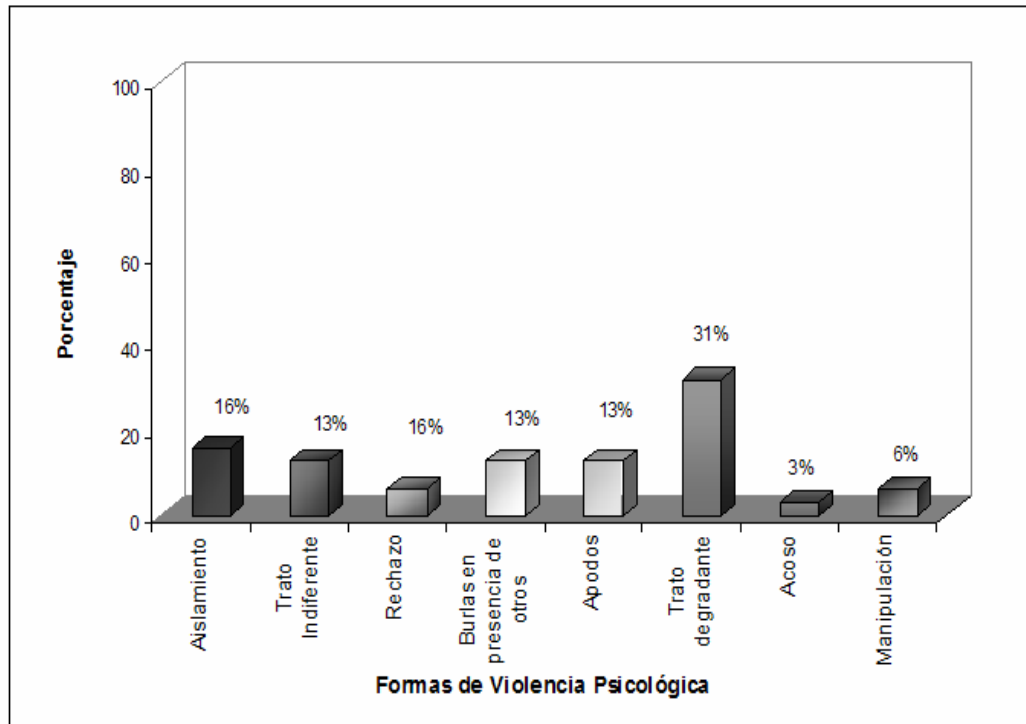


Figura 25. Distribución de casos por Formas de Violencia Psicológica.

Motivos de la Violencia. Las mujeres entrevistadas afirmaban que los motivos por los cuales fueron maltratadas físicamente por sus parejas eran principalmente por celos (31%), aunque otros motivos encontrados se presentan en similar proporción, como se describe en la Figura 26.

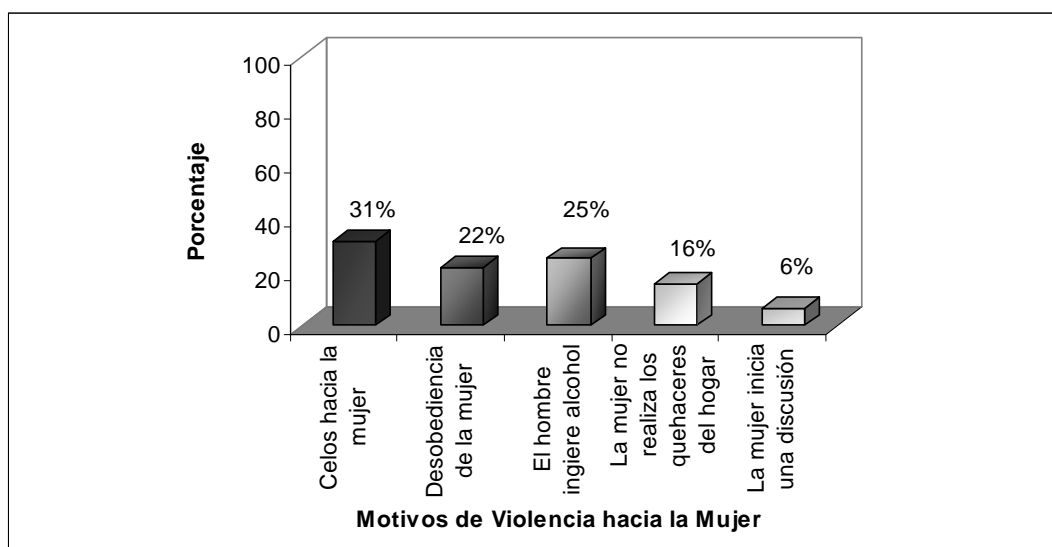


Figura 26. Distribución de casos por Motivos de Violencia Hacia la Mujer.

Las Consecuencias Físicas de la Violencia en la Mujer. Para establecer las consecuencias físicas de la violencia se indagó sobre todas las situaciones de violencia física ocurridas durante la relación de pareja de las mujeres entrevistadas y se registraron las lesiones inmediatas más comunes y recurrentes con el objetivo de ubicarlas dentro de las dos categorías definidas por la Organización Mundial de la Salud (2005), que corresponden a lesiones moderadas, en las que se incluyen moretones, rasguños, cortes, pinchazos, mordiscos y repelones; y lesiones severas, dentro de las cuales se encuentran fracturas, heridas en ojos y oídos y abortos. Se estableció que en el 81% de los casos se presentaron lesiones moderadas como muestra la Figura 27.

La clasificación de estos actos en función de su gravedad es un asunto controvertido. Es evidente que, en determinadas circunstancias, una cortadura puede ser una lesión grave, aunque se haya clasificado como violencia “moderada”. Sin embargo, en esta investigación se hace dicha clasificación de acuerdo a la planteada por la OMS (2005) para facilitar su análisis e interpretación.

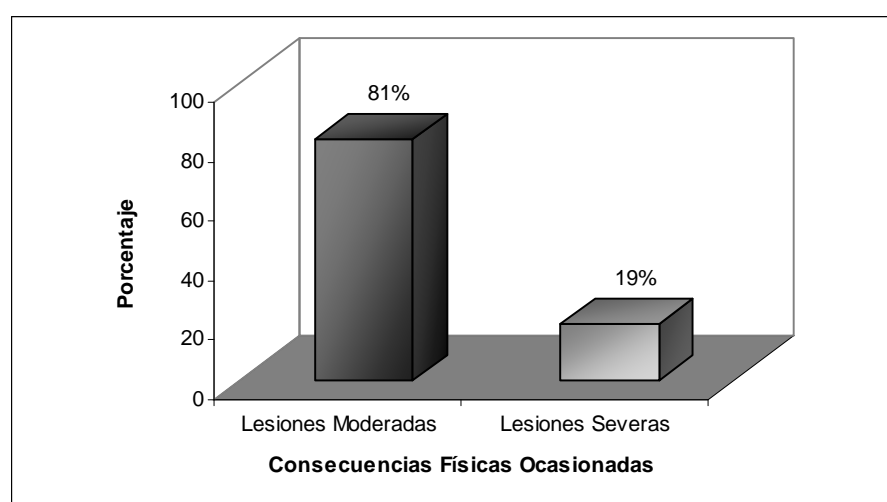


Figura 27. Distribución de casos por las Consecuencias Físicas en la Mujer.

Las Consecuencias Psicológicas de la Violencia en la Mujer. En el 91% de los casos se identificaron síntomas de depresión como baja autoestima, llanto fácil, disminución de las actividades cotidianas, aislamiento, disminución del apetito, incapacidad para disfrutar la vida e insomnio. Además, el 9% de los casos llegó a presentar también ideación

suicida. Dos de los casos llegaron a efectuar intento de suicidio. Ver la distribución de los casos en la Figura 28.

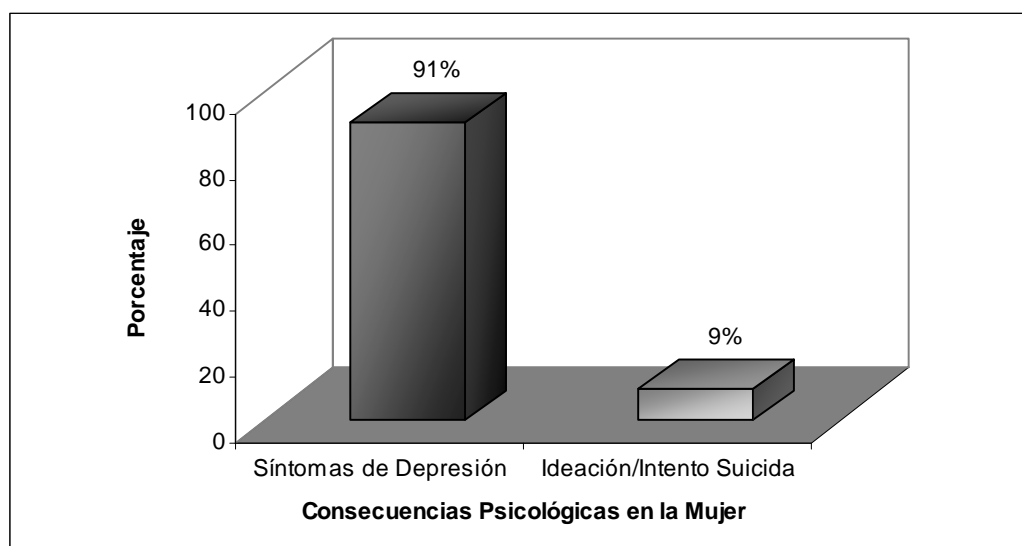


Figura 28. Distribución de casos por las Consecuencias Psicológicas en la Mujer.

Factores Socio-económicos

En esta categoría se estudiaron: a) los factores sociales y b) los factores económicos de las mujeres víctimas de violencia física por parte de sus parejas.

Factores Sociales

Se evaluaron los siguientes aspectos: a) las relaciones sociales establecidas y b) los conflictos sociales de las mujeres entrevistadas (ver Figura 29).

Relaciones Sociales Establecidas. Con respecto a las relaciones sociales se encontró que solo el 16% de las mujeres establecieron relaciones de pareja anteriores, de las cuales el 60% habían tenido dos o más parejas anteriores ($\chi^2 = 6,61$; $gl = 1$; $p < .05$), en la mayoría de estas relaciones (90%) no se presentaron conflictos asociados con maltrato. Para 84% de las mujeres la actual relación de pareja ha sido la única (ver tabla 12).

Tabla 12.

Frecuencias Observadas por Relaciones de Pareja Anteriores y Número de Relaciones

Relaciones de Pareja Anteriores	1 pareja anterior	2 o más parejas anteriores	Total
Si	2	3	5
No	24	3	27
Total	26	6	32

Acerca de las relaciones con amigos, solo el 26% de ellas manifestó tener amigos de confianza a quienes les comunicaban la situación de violencia que vivían y el 74% aseguraban no contar con amigos de confianza para comentarles dicha situación ($\chi^2 = 8,21$; $gl = 2$; $p < .05$), como se observa en la Tabla 13.

Tabla 13.

Frecuencias Observadas por Relaciones Sociales Establecidas y Tipo de Relación

Relaciones Sociales Establecidas	De confianza	No confianza	Total
Con amigos	4	11	15
Con compañeros de trabajo/estudio	5	3	8
Con vecinos	0	9	9
Total	9	23	32

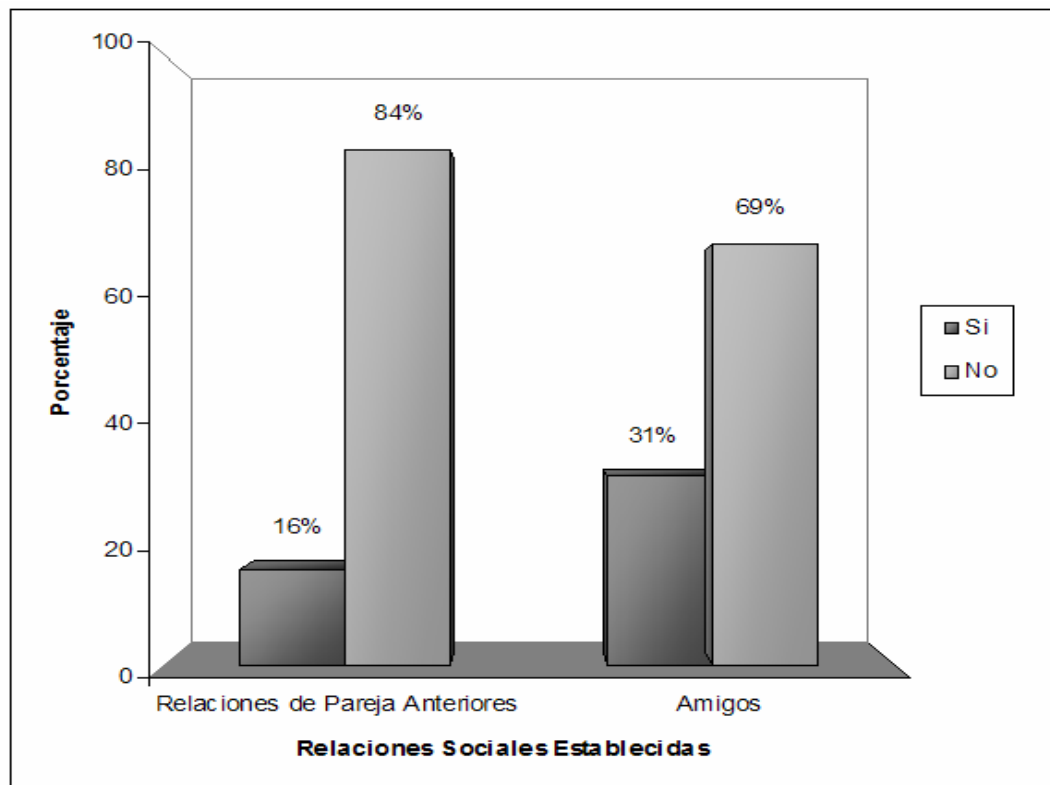


Figura 29. Distribución de casos por las Relaciones Sociales Establecidas.

Conflictos Sociales. La mayoría de las mujeres entrevistadas (92%) afirmaron no haber tenido conflictos significativos con jefes, compañeros de trabajo y conocidos.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, es válido afirmar que dentro de los factores sociales evaluados, predominan como factores de vulnerabilidad debido a su significancia estadística: a) no haber establecido relaciones de pareja anteriores y b) tener un número reducido de amigos de confianza.

Factores Económicos

Dentro de este aspecto se evaluaron elementos como: a) los ingresos económicos mensuales de las mujeres, b) la persona quien aporta económicamente al hogar y c) los conflictos económicos.

Ingresos Económicos Mensuales de las Mujeres. El 63% de las mujeres no tienen ingresos económicos propios debido a su condición de ama de casa ($\chi^2 = 34,90$; gl = 4; $p < .01$) como se puede observar en la Tabla 14. El 25% tiene un ingreso menor a un salario mínimo legal vigente SMLV (entre \$ 100.000 y \$ 200.000) y solo el 12% obtiene 1 SMLV (\$ 468.000) mediante trabajos independientes (ver Figura 30).

Tabla 14.

Frecuencias Observadas por Ingresos Económicos Mensuales y Ocupación

Ingresos Económicos Mensuales de las Mujeres	Ama de casa	Empleada	Independiente	Total
Ninguno	20	0	0	20
Menos de 1 SMLV	0	5	6	11
1 SMLV	0	1	0	1
Total	20	6	6	32

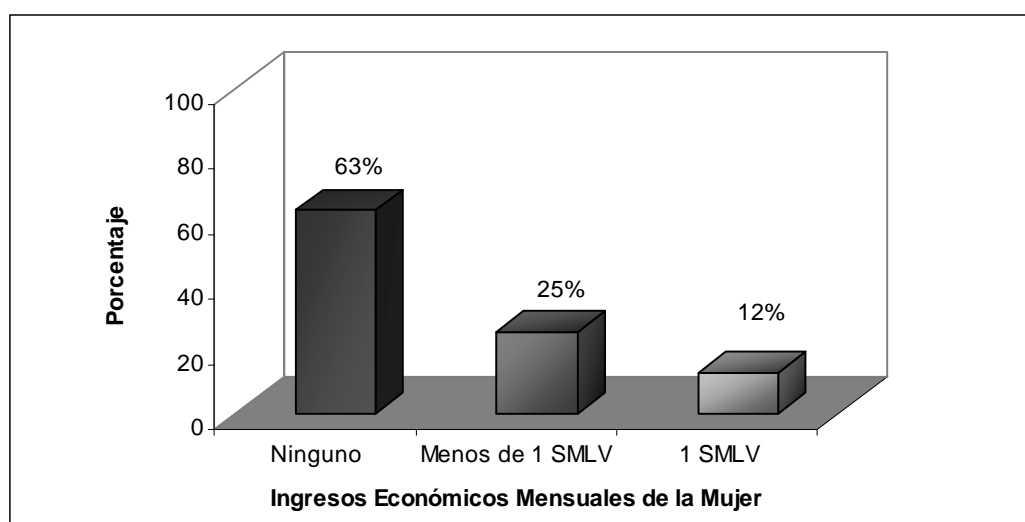


Figura 30. Distribución de casos por los Ingresos Económicos Mensuales de la Mujer.

Persona Quien Aporta Económicamente al Hogar. También se encontró que en el 65% de los casos sólo el hombre es quien aporta económicamente al hogar ($\chi^2 = 20,48$; gl = 4; p < .01) (ver Tabla 15),

mientras que en el 13% es la mujer quien lo hace y en el 22% de los casos ambos contribuyen, como muestra la Figura 31.

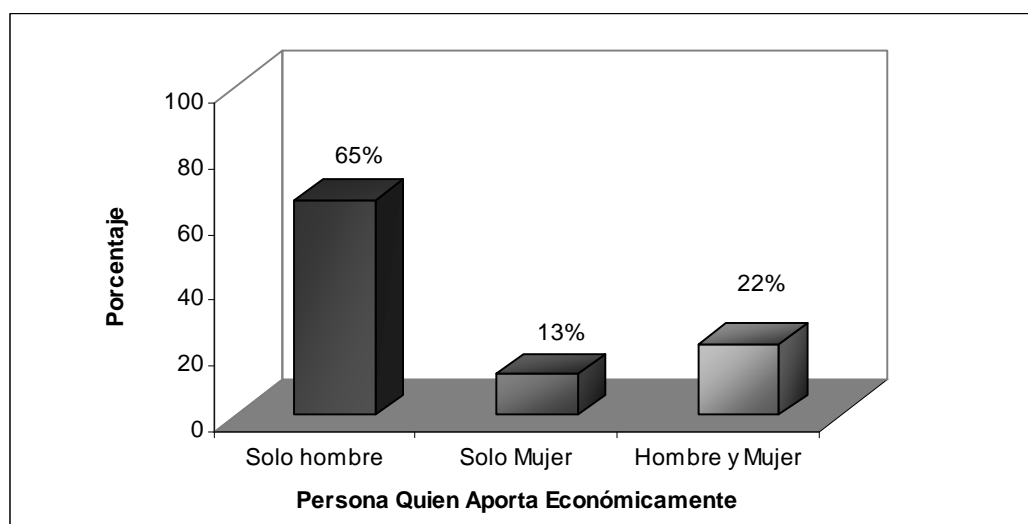


Figura 31. Distribución de casos por la Persona Quien Aporta Económicamente.

Tabla 15.

Frecuencias Observadas por Persona Quien Aporta Económicamente y Concepto de Gasto

Persona Quien Aporta Económicamente al Hogar	Alimentación	Servicios	Todo	Total
Hombre	0	0	21	21
Mujer	1	2	1	4
Hombre y Mujer	2	3	2	7
Total	3	5	24	32

Conflictos Económicos. El 78% de los casos manifestaron tener problemas económicos en cuanto a bajos ingresos que no cubren las necesidades básicas y deudas (22%).

A partir de los resultados obtenidos en los factores económicos, se pueden establecer como posibles factores de vulnerabilidad por ser estadísticamente significativos: a) no tener ingresos económicos propios y b) depender económicamente de la pareja.

Factores de Salud

Los aspectos evaluados en esta categoría fueron: los factores de salud física y b) los factores de salud mental.

Factores de Salud Física

Dentro de esta categoría se evaluaron los siguientes aspectos: a) el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la mujer, b) la realización de actividades en el tiempo libre, c) la presencia de enfermedades físicas en la mujer, d) el estado de embarazo, e) el estado de salud física de la mujer, f) el acceso a los servicios de salud, g) la presencia de abortos.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas por parte de la mujer se encontró que en el 16% de los casos consumían alguna sustancia, predominando la ingesta de alcohol. Solo el 18% de las mujeres entrevistadas realizaban alguna actividad en su tiempo libre, prevaleciendo el desarrollo de manualidades. En el 19% de los casos se estableció la presencia de alguna enfermedad física como diabetes, hipertensión arterial e insuficiencia renal. El 25% de las mujeres se encontraba en estado de

embarazo cuando fueron víctimas de una situación violenta. El 88% de las mujeres entrevistadas tienen acceso a los servicios de salud mediante el carné de Sisben y sólo el 22% de ellas se encuentran afiliadas a una Asociación de Régimen Subsidiado ARS. Los anteriores aspectos evaluados no representaron significancia estadística, sin embargo muestran proporciones relevantes que merecen atención para intervenir sobre ellos (ver Figura 32).

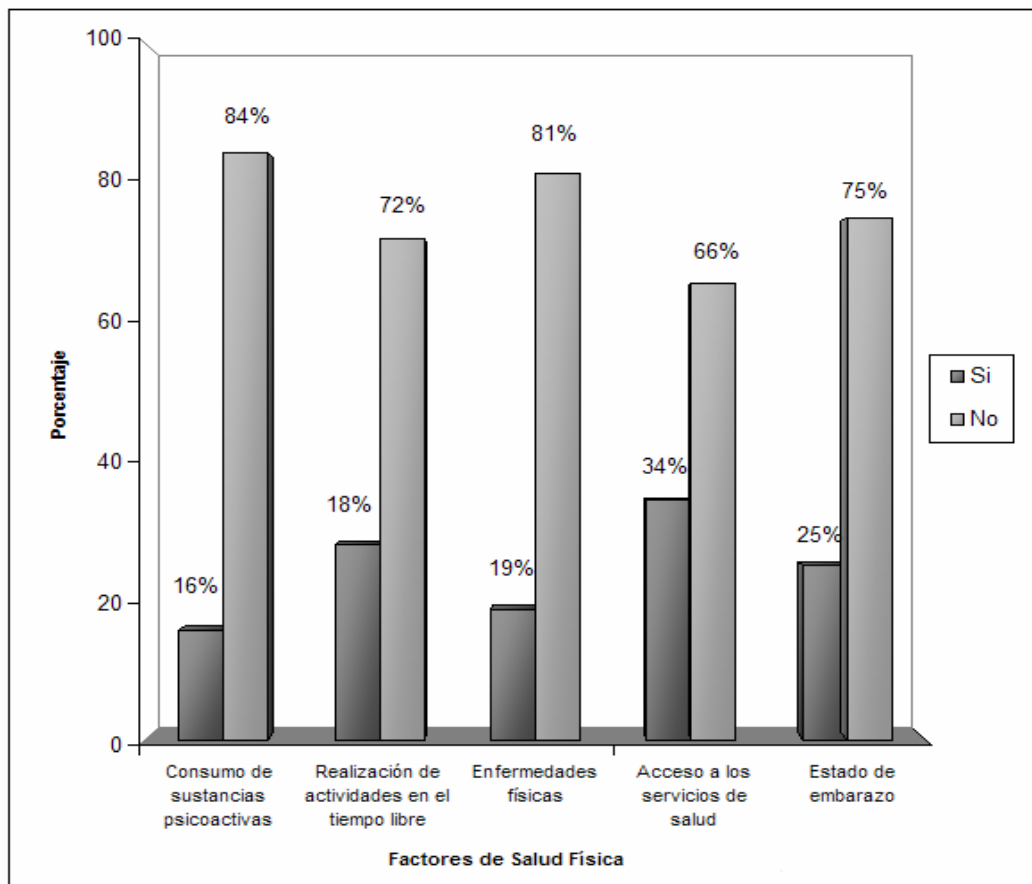


Figura 32. Distribución de casos por Factores de Salud Física.

En lo concerniente al estado de salud física, el 25% de las mujeres presentaron diagnóstico médico de trauma facial después de ser víctima de la violencia física por parte de su pareja, seguido de trauma craneo encefálico con un 22%, como se observa en la Figura 33.

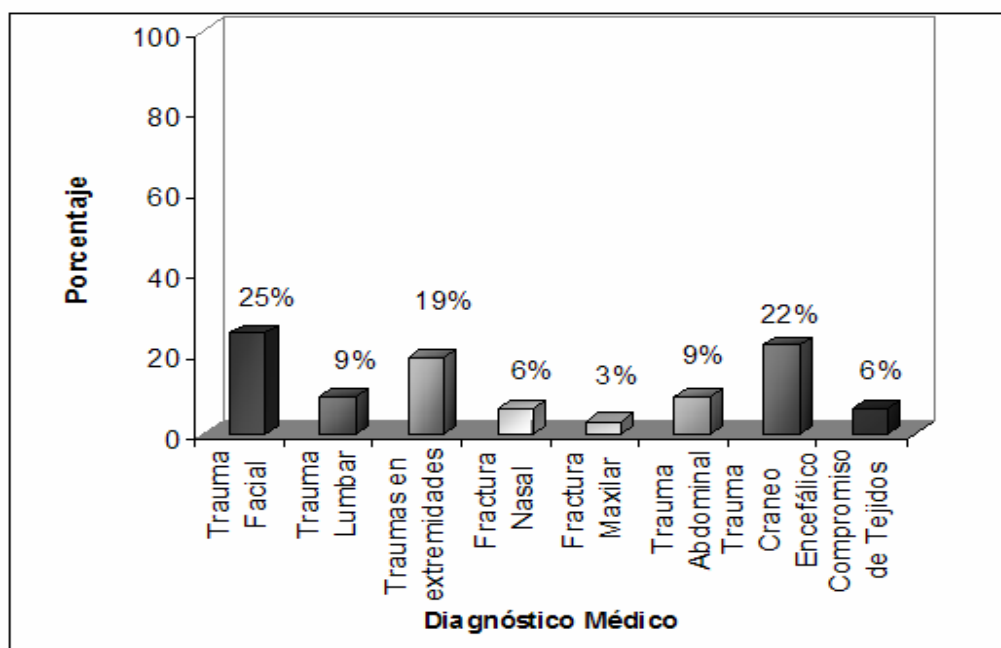


Figura 33. Distribución de casos por Diagnóstico Médico.

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física o psicológica durante al menos un embarazo fue del 10% en los casos examinados, siendo los puñetazos y patadas en el abdomen, el trato indiferente y burlas, los comportamientos violentos más frecuentes que ellas recibieron por parte de sus parejas (ver Figura 34).

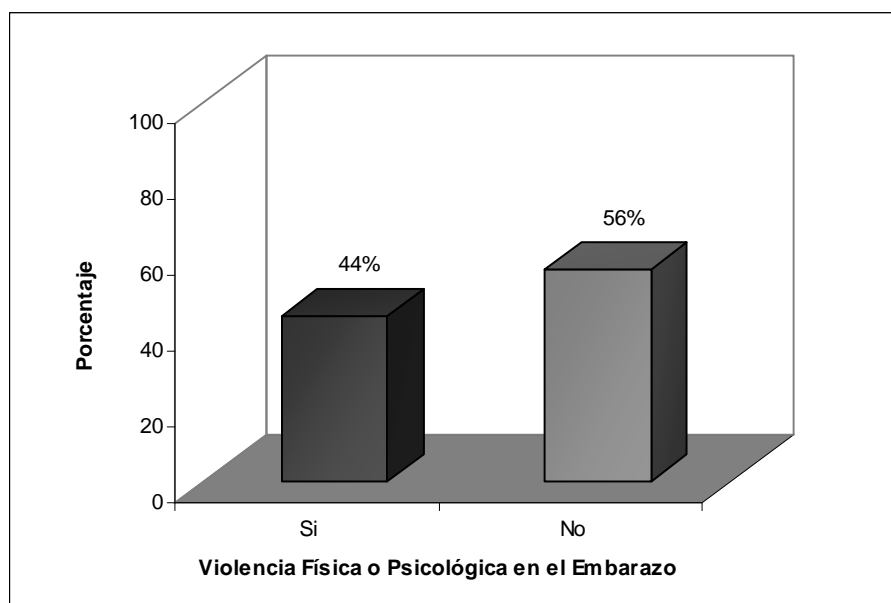


Figura 34. Distribución de casos por Violencia Física o Psicológica en el Embarazo.

Igualmente, se estableció que en el 19% de los casos estudiados se presentó uno o más abortos inducidos como consecuencia de la violencia física.

Factores de Salud Mental

En esta categoría se determinó que la mayoría de las mujeres no habían asistido a servicios de salud mental (psicológico o psiquiátrico) a lo largo de sus vidas (81%), lo que indica que las personas a pesar de atravesar por una situación de violencia, no buscaron ayuda profesional ($\chi^2 = 27,85$; $gl = 4$; $p < .01$).

En relación a las personas que sí asistieron a los servicios de salud mental (19%) se identificó la existencia de un trastorno del estado de ánimo (ver Tabla 16).

Tabla 16.

Frecuencias Observadas por Asistencia a Servicios de Salud Mental y Diagnóstico

Asistencia a servicios de salud mental	Ansiedad	Depresión	Ningún Diagnóstico	Total
Psicología	1	3	1	5
Psiquiatría	0	1	0	1
Ninguna asistencia	0	0	26	26
Total	1	4	27	32

De acuerdo a los resultados encontrados en los factores de salud se puede establecer como factor de vulnerabilidad debido a su significancia estadística: a) no haber asistido a servicios de salud mental. Es importante señalar que no pertenecer a una entidad de salud muestra una proporción elevada aunque no es significativamente estadístico.

Resultados desde el Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck

Para identificar y comprender cada uno de los componentes del Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck se solicitó a las mujeres entrevistadas que describieran con la mayor cantidad de detalles posibles la situación que vivieron cuando sus parejas las agredieron físicamente. En algunos casos, han sido más de tres ocasiones violentas vividas por lo que se acordó con ellas recordar la situación considerada más significativa en su historia de pareja actual.

Todos los relatos de la situación de violencia física brindaron importante y valiosa información, algunos de los apartados de estas narraciones son:

“Cada vez que él llegaba de trabajar me sobaba los ojos para ver si tenía pestañina...si se ensuciaba las manos me decía “te arreglaste para tu mozo” y me daba una bofetada”.

“Llegó a la casa, estaba borracho, me gritó que porque no iba a acostarlo, me pegaba con el control del televisor en la cabeza, me insultó, agarró la licuadora y se fue a venderla”.

“Me miró hablando con un amigo...estaba lloviendo, me tiró a un charco de un empujón, me dio patadas, me arrastró y me llevó a la casa a la fuerza, me dijo “eso no es nada, si te veo con tu mozo te mato”

“Es que yo también soy intensa, cuando estaba borracho le grité y el me había dicho que cuando esté borracho no se la monte”.

“Su amigo me toco las piernas y en vez de defenderme me pegó un puño y me desmaye”.

“Él me decía “solo yo te aguanto, quien más te va a querer” El maltrato psíquico es peor. Cuando te están humillando continuamente y te dicen que eres una inútil, que no vales nada”.

“Los golpes eran cada vez más fuertes... Al principio se limitaba a pegarme en la casa, pero poco a poco, ya no le importó. Me abofeteaba delante de los demás y continuaba amenazándome”.

“Tenía esta pistola, no sé de quién era... Y les decía a las niñas: “Voy a matar a su madre... El día menos pensado su madre aparecerá muerta...”

“Traté de tomar límpido, un detergente líquido... Me ingresaron en el hospital y me ayudaron. Veo sus caras, las caras de su familia mirándome fijamente, echándome el mal de ojo. Como si pensarán que debería hacerlo, que debería morirme”.

“Me pegó en la barriga y me hizo abortar de dos, no sé si gemelos o mellizos, pero de dos bebés. Fui al Hospital con hemorragia y me hicieron un legrado”.

Pensamientos Automáticos

Dentro de cada uno de los relatos efectuados por las mujeres acerca de la situación violenta que vivieron con sus parejas, mediante preguntas orientadoras propuestas en la entrevista y el autoregistro se lograron identificar los pensamientos automáticos disfuncionales más recurrentes en ellas, los más comunes fueron:

“Se le ha de ir quitando con el tiempo”.

“Es solo cuando está borracho”.

“Yo tuve la culpa, yo hice el problema, soy muy intensa”.

“Dios le quitará la rabia”.

“Voy a quedarme sola”.

“Sin él no soy nadie”.

“No tendría dinero para mis gastos y los de mis hijos”.

“Mi familia me criticará”.

“Las peleas son algo común en todas las parejas”.

“Las mujeres debemos aguantar y perdonar para conservar el hogar”.

“Él se quedaría solo”.

“Lo hago por mis hijos y la unión de la familia”.

“El hombre es el que impone la ley en el hogar”.

“Lo perdono porque todavía lo quiero”.

Creencias Intermedias

En esta categoría se identificaron las reglas, suposiciones y actitudes más frecuentes en las mujeres entrevistadas.

Entre las reglas más comunes que expresan las mujeres entrevistadas se identificaron las siguientes:

“Debería ser más rápida al atenderlo”.

“Debo aguantarlo por mis hijos”.

“Debo perdonarlo”.

“La mujer debe seguir al marido y soportarlo”.

“Las mujeres debemos obedecer al marido”.

“Si uno tiene marido debe servirlo y atenderlo a la hora que sea”.

“La mujer tiene que agachar la cabeza, servir al marido”.

“Como mujer uno debe aguantar todo por el hogar”.

Las suposiciones más comunes fueron:

“Si lo abandono los demás pensarán mal de mí”.

“Si me separo mis hijos se quedan sin padre”.

“Si se va me quedaría sola”.

“Si lo abandono ¿qué pensará la gente?”

“Si lo dejo ¿quién lo cuidará?, se quedará solo y podría coger algún vicio”.

“Si lo dejó ¿quién cubrirá los gastos de la casa?”.

“Si lo perdono esta vez, tal vez no lo vuelve a hacer”.

“Si me sucede a mí, le sucede a otras parejas”.

“Cuando alguien se porta mal, merece ser golpeado”.

“Si fuera como a él le gustan no me pegaría”.

“Si lo quiero, debo aceptarle sus borracheras”.

“Si lo amo, aceptaré sus errores”.

Dentro de las actitudes más frecuentes que se identificaron están las siguientes:

“Quedarme sola sería terrible”.

“Que mis hijos se queden sin padre sería lo peor”.

“Que los demás se enteren sería una vergüenza”.

“Que él se vaya con otra mujer sería horrible”.

“Quedarme sin la ayuda económica que él me da sería lo peor”

“No tolerar los errores de la pareja es terrible”

“Perder la unión en la familia es terrible”

“Ser madre soltera es lo peor”.

Creencias Centrales

En esta categoría se evaluaron los dos tipos de creencias propuestos por A. Beck, las cuales son: creencias centrales de desamparo y de incapacidad de ser amado.

Entre las creencias centrales de desamparo más comunes en las mujeres entrevistadas se encontraron las siguientes:

“Soy incapaz”.

“Soy una inútil”.

“Soy una fracasada”.

“Dependo totalmente de mi pareja”.

“No sirvo para nada”

Las creencias centrales de incapacidad de ser amado más comunes fueron:

“No valgo nada”

“No le gusto a nadie”.

“No me desea”.

“No me quiere”.

“Va a rechazarme”.

“No se preocupa por mí”.

“Me quedaré sola”.

“No soy bonita”.

“Va a abandonarme”.

Distorsiones Cognitivas

Las distorsiones cognitivas más frecuentes en las mujeres entrevistadas fueron: Magnificación y Minimización (31%) y Sobregeneralización (22%), seguida de otras como lo muestra la Figura 35.

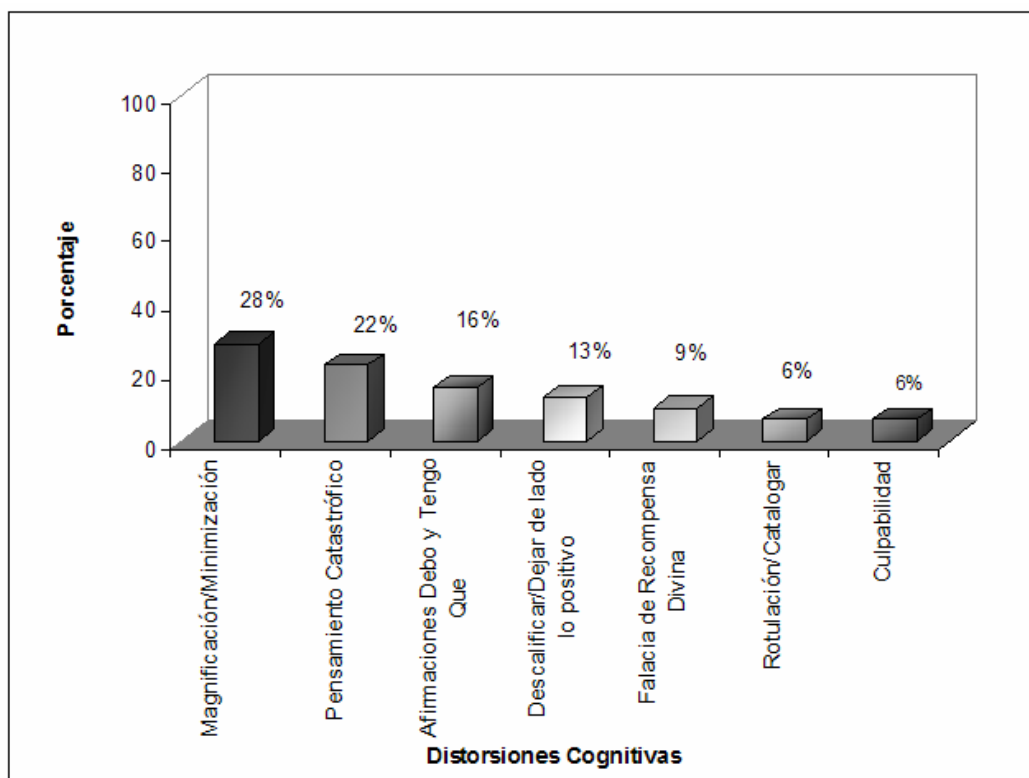


Figura 35. Distribución de casos por Distorsiones Cognitivas.

Estrategias Compensatorias

Las mujeres entrevistadas desarrollaron una serie de estrategias para compensar y competir con las creencias nucleares identificadas, estas fueron: a) evitar confrontaciones (evitan hablar con su pareja, amigos, familiares y conocidos acerca de la situación violenta que viven) b) atender y

complacer a la pareja de manera excesiva (sirven los alimentos cuando la pareja lo solicita, hacen todas las labores de la casa sin ayuda de la pareja) c) evitar disgustar a su pareja obedeciendo lo que esta ordene (acceden a tener relaciones sexuales incluso cuando su pareja se encuentra en estado de embriaguez) y d) tratar de controlar todas las situaciones que le disgusten a la pareja (se distancian de amigos, familiares y conocidos, descuidan su arreglo personal).

Reacciones

En esta categoría se evaluó la presencia de reacciones emocionales, reacciones fisiológicas y reacciones comportamentales.

Las mujeres afirmaron presentar emociones como: tristeza, ira, angustia, vergüenza, temor y culpa después de haber sido maltratadas por su pareja.

Dentro de las reacciones fisiológicas se encontró la experimentación de temblor en manos y piernas, sudoración, pesadez en el estómago y taquicardia.

Finalmente, los comportamientos mas frecuentes que realizaban las mujeres después de haber recibido maltrato físico fueron: a) continuar la relación con la pareja que las maltrata, b) contar su experiencia violenta solo a familia y amigos y c) mantener en secreto la experiencia de violencia y d) no buscar ayuda (familiares, autoridades y amigos).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El desarrollo de esta investigación se orientó hacia la comprensión de las características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas atendidas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto, durante el año 2006, teniendo en cuenta la integración de dos modelos teóricos, el Modelo de Terapia Cognitiva y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad, los cuales permitieron evaluar varias categorías para conocer y analizar ampliamente el problema de violencia.

El Modelo de Terapia Cognitiva de A. Beck (1964) plantea que las percepciones de los eventos influyen sobre los comportamientos, las respuestas emocionales y fisiológicas de las personas. En este sentido, los pensamientos automáticos, las creencias intermedias y centrales de las mujeres que han sido víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas pueden estar incidiendo sobre sus comportamientos, repuestas emocionales y fisiológicas. Y el Modelo de Vulnerabilidad de Zubin y Spring (citados por Imbernon y Ruiz, 1996) plantea que las conductas desadaptativas se pueden explicar a partir de la interacción de múltiples factores de riesgo que se agrupan en diferentes categorías de vulnerabilidad como: factores demográficos, factores socio-económicos y factores de salud física y mental, las cuales pueden brindar información que permita conocer la historia de las experiencias vividas por las mujeres que han sufrido violencia por parte de

sus parejas y que también pueden estar influyendo sobre sus comportamientos y emociones actuales.

De esta manera, el primer modelo contribuye a profundizar sobre los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de las mujeres frente a la violencia física de la que fueron víctimas y el segundo aporta información sobre los datos relevantes de su historia.

A partir de la utilización de dos instrumentos como la entrevista semiestructurada y el autoregistro de pensamientos se lograron identificar las cogniciones más frecuentes en dichas mujeres y los factores de vulnerabilidad que presentan. Los pensamientos automáticos y creencias intermedias más comunes se resumen en las siguientes categorías:

1. **Temor a “quedarse solas”**: esta categoría se formuló debido a la identificación de pensamientos automáticos como: “Voy a quedarme sola”, “Voy a ser madre soltera”, “Lo necesito a él para vivir”, “Sin él no soy nadie”. Además, la identificación de creencias intermedias como: “Si me deja me muero”, “Si me deja se va con otra”, “Si se va, me quedaré sola y no podré salir adelante”, “Quedarme sola sería terrible”, “Ser madre soltera es lo peor”.

2. **Temor a perder estabilidad económica**: en la cual se evidencian pensamientos automáticos como: “Voy a quedarme en la calle”, “No tendría dinero para mis gastos y los de mis hijos”. Además creencias intermedias como: “Si me deja, que voy a hacer con los gastos, no podré sola”.

Las anteriores cogniciones se pueden explicar porque a nivel mundial, en la mayoría de los países, la mujer ha sido considerada como la menos

capaz de realizar cualquier tipo de actividad frente al hombre, desde su infancia ha aprendido que el hombre es quien protege a la mujer y cubre todas sus necesidades, mientras que ella debe ser sumisa, abnegada y hogareña, por lo tanto, siente temor a quedarse sin la protección de su pareja; como lo confirma Heise (2006) cuando afirma que el papel de la mujer en el hogar ha sido definido culturalmente como la persona más débil y ella constituye el sector con menos poder dentro de la estructura jerárquica de la familia, donde las variables de género y generación han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal.

3. Considerar la violencia como algo “normal”: Se establecieron pensamientos automáticos como: “Las peleas y los golpes se dan en cualquier pareja”, “Siempre hay esos problemas en las parejas”, “Las peleas son algo común en todas las parejas”. Igualmente se encontraron creencias intermedias como: “Si me sucede a mí, le sucede a otras parejas”, “Si las demás pasan por esto, también podré tolerarlo”.

4. Considerar que las mujeres “deben ser más tolerantes y soportar más”: Se evidencian pensamientos automáticos como: “Las mujeres debemos aguantar y perdonar para conservar el hogar”, “Las mujeres somos más pacientes por el bien de la familia”, “A las mujeres nos han enseñado a perdonar y a dar una segunda oportunidad”, “Nos han enseñado a tolerar y servir al hombre”, “Aunque me haya lastimado, he aprendido a perdonarlo”. Asimismo, se encontraron creencias intermedias

como: “La mujer debe seguir al marido y soportarlo”, “Si mi madre perdonaba a mi padre, debería perdonar a quien quiero”, “Si lo perdono, no lo volverá a hacer”.

5. Considerar que el hombre “puede pegarle a la mujer en algunos casos”: se determinaron pensamientos automáticos como: “El hombre es el que impone la ley en el hogar”, “El hombre es el jefe del hogar, por lo tanto puede, castigar”, “En nuestra sociedad los hombres siempre les pegan a sus mujeres”, “Un hombre puede pegarle a su mujer si ella le es infiel”. Del mismo modo, se identificaron creencias intermedias como: “Los hombres deben pegarle a su mujer si ella no le cumple con las labores domésticas”, “Los hombres pueden pegarle a la mujer si ella es grosera con él”, “Los hombres deben pegarle a su mujer si ella le desobedece”, “Los hombres tienen derecho sobre uno”, “Cuando alguien se porta mal, merece ser golpeado”.

6. Considerar que son las culpables de la violencia: Se observaron pensamientos automáticos como: “Yo empecé el problema, él me lo advirtió, que no se la monte”, “Yo también lo molesto mucho, por eso a veces tiene razón”. De igual manera, se establecieron creencias intermedias como: “Debí atenderlo más rápido”, “Si fuera más atractiva, me querría más y no me maltrataría”, “Si fuera como a él le gustan no me pegaría”, “Si hiciera todo como a él le gusta no se portaría así”.

Los pensamientos de las categorías 3, 4, 5 y 6 pueden haberse generado porque las situaciones de maltrato se transforman en habituales.

Las víctimas se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las toma el hombre. Todas estas experiencias entran a formar parte de algo habitual para ellas y tienen un efecto anestésico ante la violencia. Además, como lo plantea Quiroz (2004) culturalmente el hombre tiene derecho a utilizar la violencia física para disciplinar, educar, hacer entrar en razón, poner límites, proteger o tranquilizar a los miembros de su familia.

7. Considerar que solo la golpea cuando está ebrio: Se determinaron pensamientos automáticos como: "El me quiere, solo me pega cuando está borracho", "Él no sabía lo que hacía, porque estaba borracho", "Cuando toma se descontrola", "Al otro día de haber tomado, no recuerda lo que hizo y se disculpa, por eso lo perdono". Además, se identificaron creencias intermedias: "Siempre le ha gustado el trago, así lo conocí, debo soportarlo", "Si lo quiero, debo aceptarle sus borracheras".

8. Considerar que "el amor hacia él lo justifica todo": Se identificaron pensamientos automáticos como: "Lo perdono porque todavía lo quiero", "El amor hace que una se vuelva más tolerante", "Mi amor por él hace que lo acepte como es". También se determinaron creencias intermedias como: "Si lo quiero, debo perdonarlo", "Si lo amo, aceptaré sus errores".

9. Soportar la violencia por la unión de la familia: Se encontraron pensamientos automáticos como: "Lo hago por mis hijos y la unión de la familia", "No quiero que mis hijos crezcan sin padre", "Los niños no quieren

que se vaya”. Además, se identificaron creencias intermedias como: “Si lo dejo, los niños van a extrañar a su papá”, “Debo perdonarlo por mis hijos”, “Que mis hijos se queden sin padre sería lo peor”.

Analizando las cogniciones de las categorías 7, 8 y 9 las mujeres tienden a minimizar las agresiones atribuyéndolas a factores externos como el alcohol y a justificar su permanencia en la relación y tolerar la violencia por el afecto hacia su pareja y la unión familiar. Como lo asevera Blanco (2001), las mujeres víctimas de violencia consideran que en la sociedad la unión familiar es indispensable para garantizar el bienestar de los hijos, a pesar de los conflictos que se presenten entre sus miembros.

10. **Vergüenza ante los demás:** Se encontraron pensamientos automáticos como: “Los demás se van a reír de mí”, “Los vecinos van a criticarme”, “Ellos pensarán que me lo merezco”, “Mi familia me criticará”. Se identificaron creencias intermedias como: “Si lo abandono los demás pensarán mal de mí”, “Pensarán mal de mi familia”, “Sólo habrán chismes”, “Pensarán que soy un fracaso como esposa”, “Pensarán que no pude con una familia”. También se identificaron creencias intermedias como: “Si lo abandono, seré criticada por mi familia”, “Si lo abandono los vecinos van a pensar mal de mí”.

La anterior categoría de cogniciones puede deberse a la histórica y sesgada visión de la familia y su realidad, entendida como el espacio privado por excelencia y definida en un contexto idealizado, como proveedora de seguridad y afecto. Esta visión influye en que la mujer mantenga en secreto

la violencia para evitar ser criticada y conservar la imagen de una familia “normal” frente a los demás. Asimismo, Heise (2006) plantea que a las víctimas de violencia les cuesta mucho relatar lo que les sucede pues tienen y sienten vergüenza de que otras personas se enteren de los problemas al interior del hogar, juzguen su comportamiento y las culpen por una posible ruptura.

11. Tener la “esperanza de que la pareja cambie”: se encontraron pensamientos automáticos como: “Se le ha de ir quitando con el tiempo”, “Es sólo cuando está borracho”, “Dios le quitará la rabia”, “Algún día se va a dar cuenta de su error”. También se determinaron creencias intermedias como: “Me dijo que cambiaría y yo le creo”, “Es cuestión de esperar un tiempo”, “Si lo perdono esta vez, tal vez no lo vuelve a hacer”.

Los pensamientos en la categoría 11 pueden haberse generado debido a que las mujeres que sufren en silencio una situación dolorosa, esperan que las cosas se solucionen por sí mismas o que el agresor cambie espontáneamente su actitud. Quiroz (2004) asegura que las víctimas de violencia tienen la tendencia a no buscar solución a los problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro.

12. Preocuparse por el futuro de su pareja: Se determinaron pensamientos automáticos como: “Se quedaría solo”, “Podría coger algún vicio”, “Él no tiene a donde ir”, “Extrañaría a sus hijos”. También se

identificaron creencias intermedias como: “Si lo dejo, quién lo cuidará, se quedará solo”, “Si lo dejo estaría triste y podría hacerse daño”.

Esta última categoría de cogniciones podría explicarse porque la mujer considera que el bienestar de su pareja es prioridad sobre su propia seguridad. Teme por las consecuencias negativas que él obtendría después de una separación y se siente responsable de lo que pueda sucederle.

Por otra parte, los anteriores pensamientos automáticos y creencias intermedias se encuentran relacionadas con los dos tipos de creencias centrales establecidas por A. Beck (1964): a) de desamparo, puesto que se evidencian aspectos como vulnerabilidad, debilidad y dependencia en las cogniciones de las mujeres entrevistadas y b) creencias centrales de incapacidad de ser amado, porque se observan aspectos como creer ser inferiores y defectuosas en algún aspecto, lo cual impide el amor y el cuidado de los demás.

Asimismo, se estableció que las distorsiones cognitivas o errores de pensamiento que más repiten las mujeres entrevistadas fueron: a) Magnificación/Minimización, porque cuando evalúan la situación de terminar la relación con una pareja que las maltrata, magnifican en exceso lo negativo que sería perder a la pareja (“si me deja, me muero”), consideran que no podrían soportar perder la estabilidad económica que tienen con su pareja y que las personas cercanas conozcan la situación de violencia, sin tener en cuenta otras posibilidades; y minimizan en gran medida la gravedad de la violencia, considerándola como algo “normal”, “trivial” y aceptable. También

le restan importancia a que su pareja las maltrate (incluso cuando se encuentra en estado de ebriedad), considerando que los hombres tienen derecho sobre las mujeres y que por el afecto hacia su pareja deben tolerar la violencia; b) culpabilidad, porque se atribuyen erróneamente la responsabilidad de que su pareja las maltrate al no cumplir con las expectativas de esta y no consideran que la violencia no tiene justificación, c) pensamiento catastrófico, porque predicen de manera negativa y exagerada el futuro de sí mismas y de sus hijos, sin la compañía de sus parejas, sin tener en cuenta otras posibilidades; d) catalogar, porque se asignan categorías o etiquetas globales negativas (como "soy inferior", "soy incapaz") sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas; e) afirmaciones del tipo "Debo y Tengo que", porque tienen una idea rígida y tradicional con respecto al rol de la mujer en una relación de pareja, estimando como negativo no cumplir con esas reglas; f) descalificar o dejar de lado lo positivo, porque consideran que su capacidad para afrontar problemas y tomar decisiones es mínima, así como sus experiencias, logros o cualidades no son significativas; y g) falacia de recompensa divina, porque no buscan solución a los problemas y a las dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o tendrán una recompensa en el futuro si la dejan tal cual.

Las mujeres víctimas de violencia física llegaron a aprender las cogniciones nombradas, a partir de la interacción familiar desde su infancia; aprendieron mediante sus propias experiencias, de la interacción con los

demás, de la observación directa y los mensajes explícitos e implícitos que los otros les enviaban (Beck, 1964).

Gonzáles (1997) confirma que el aprendizaje de las cogniciones disfuncionales se puede explicar a partir de las experiencias significativas en la infancia, las cuales influyen también en la formación de la personalidad y actúan como agentes moduladores en la relación de los individuos con su entorno por lo que pueden contribuir al incremento de la vulnerabilidad a ser víctimas de violencia.

En este sentido, las mujeres que son víctimas de violencia física por parte de sus parejas vivenciaron en los primeros años de su vida acontecimientos negativos relacionados con maltrato verbal y físico, conflictos entre los miembros de su familia, provenir de una familia extensa, consumo de alcohol por parte del padre y separación de los padres; lo que originó sentimientos de soledad, tristeza, rechazo, temor, inseguridad y frustración que contribuyeron a instaurar y consolidar creencias de incompetencia e inamabilidad que se reflejan en la dificultad para rechazar y ponerle fin a una relación con una pareja que les causa daño.

De igual manera, estas circunstancias limitaron las oportunidades para desarrollar habilidades en el manejo de solución de problemas y disminuyeron la posibilidad de establecer relaciones interpersonales que les sirvieran como apoyo social. A partir de esto, las mujeres objeto de estudio generaron varios tipos de comportamiento: a) continuar la relación con la pareja que las maltrata, b) contar su experiencia violenta solo a familia y

amigos, c) mantener en secreto la experiencia de violencia y d) no buscar ayuda (familiares, autoridades y amigos). También se generaron respuestas emocionales como: tristeza, culpabilidad, temor y vergüenza.

Las emociones que experimentan estas mujeres son negativas e intensas; son disfuncionales porque interfieren con la capacidad para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz y lograr satisfacción (Beck, 1964).

De igual manera, se generaron respuestas fisiológicas como: temblor en manos y piernas, sudoración, pesadez en el estómago y taquicardia.

Asimismo, desarrollaron una serie de estrategias para compensar las creencias nucleares identificadas. Por ejemplo, las mujeres entrevistadas evitan confrontaciones (evitan hablar con su pareja, amigos, familiares y conocidos acerca de la situación violenta que viven), atienden y complacen a la pareja de manera excesiva (sirven los alimentos cuando la pareja lo solicita, hacen todas las labores de la casa sin ayuda de la pareja), evitan disgustar a su pareja obedeciendo lo que esta ordene (acceden a tener relaciones sexuales incluso cuando su pareja se encuentra en estado de embriaguez), tratan de controlar todas las situaciones que le disgusten a la pareja (se distancian de amigos, familiares y conocidos, descuidan su arreglo personal).

Además de las experiencias negativas con la familia de origen, la presentación de las cogniciones disfuncionales podría explicarse por otros factores que incrementan la probabilidad de que las mujeres sean víctimas

de violencia física, estos no son causales de violencia pero inciden en su aparición y mantenimiento.

1. No haber terminado estudios secundarios, debido a que las mujeres con menor nivel educativo tienen menos posibilidades de escoger a su pareja que las mujeres con mayor nivel educativo. A mayor nivel educativo es probable que se adquieran mayores habilidades para afrontar conflictos de manera asertiva y establecer relaciones interpersonales de forma adecuada (Beneit, 2001). El efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de escuela secundaria. Puede ser que las mujeres con un mayor nivel educativo tengan más posibilidades de elegir a su pareja y mayor capacidad para escoger entre casarse o no, y sean capaces de negociar mayor autonomía y control de los recursos dentro del matrimonio (Quiroz, 2004).

2. Tener alta intensidad en la práctica de la religión católica, debido a que la práctica de los preceptos religiosos es un posible factor de riesgo para la aceptación de la violencia por parte de la mujer, por las interpretaciones erróneas que ellas pueden realizar acerca del papel de sumisión de la mujer en la relación de pareja (Heise, 2006). Según Muillender (2005) las instituciones religiosas católicas suelen alentar la resignación frente al maltrato hacia la mujer, y siguen sosteniendo un modelo de familia patriarcal.

3. Dedicarse únicamente a los oficios de ama de casa, puesto que ellas dependen económicamente de su pareja y no tienen ingresos propios

que les permitan alejarse de la situación de violencia en su hogar (Blanco, 2001).

4. Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, porque tienen menores medios y posibilidades para poder escapar de una situación de violencia (Montero, 2002). La violencia hacia la mujer es el tipo de violencia menos conocido pues se oculta en el espacio privado de lo doméstico; aunque se presenta en mayor o menor grado en todas las clases sociales, muchas veces se ha asociado con las clases sociales bajas, esta percepción es producida porque es más visible y pública en estos estratos (Heise, 2006).

Quiroz (2004) afirma que las mujeres maltratadas de menores recursos económicos son más visibles debido a que buscan ayuda en las entidades estatales y figuran en las estadísticas. Suelen tener menores inhibiciones para hablar de este problema, al que muchas veces consideran como algo normal. Las mujeres con mayores recursos buscan apoyo en el ámbito privado, cuanto mayor es el nivel socio-económico de la víctima, sus dificultades para develar el problema son mayores. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la carencia de recursos es un posible factor de riesgo ya que implica un mayor aislamiento social.

5. Establecer relaciones de pareja en unión libre, porque estas son consideradas relaciones que no requieren algún tipo de compromiso serio y en ellas se puede presentar con mayor facilidad el irrespeto hacia la pareja (Quiroz, 2004).

6. El consumo de alcohol por parte de la pareja, debido a que el alcohol es un factor de riesgo que reduce los umbrales de inhibición. La combinación de modos violentos para la resolución de conflictos con alcohol, suele aumentar el grado de violencia y su frecuencia (Sanín, 2002).

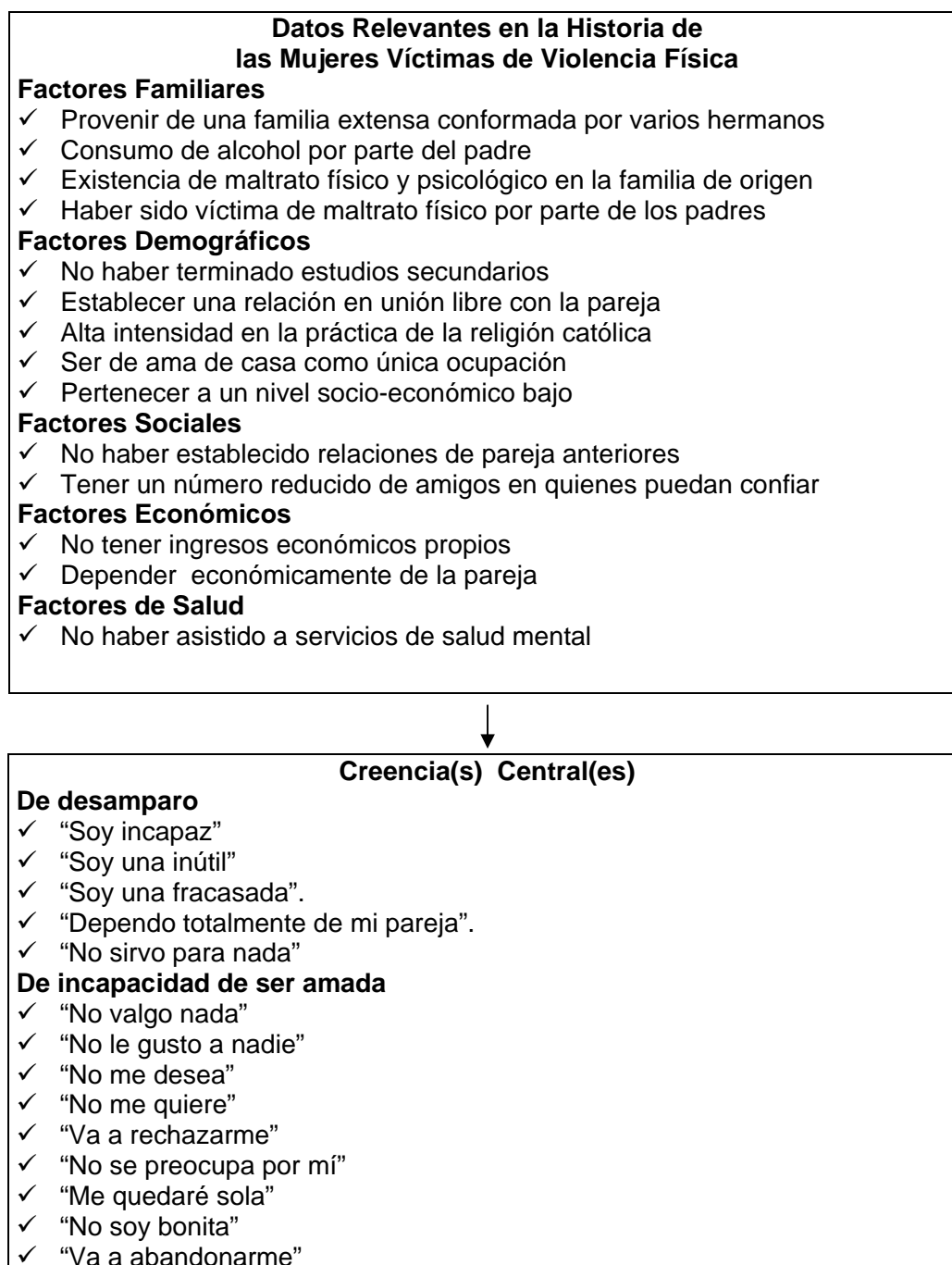
7. No haber tenido relaciones de pareja anteriores, porque no han tenido aprendizajes previos sobre el manejo adecuado de las relaciones de pareja. Tener un número reducido de amigos en quienes puedan confiar, porque se presenta un aislamiento social que impide acceder a fuentes de apoyo externas, ya sean familiares o comunitarias (Sousa, 1998).

8. No haber asistido a servicios de salud mental, porque a pesar de atravesar por dificultades como las situaciones de violencia física y psicológica no han buscado ayuda profesional que les proporcione estrategias de solución de conflictos más efectivas (Pantoja, 2002).

En consecuencia, se evidencia un déficit en estrategias de afrontamiento para manejar los conflictos, toma de decisiones y habilidades para la comunicación, desencadenado por cogniciones distorsionadas sobre la violencia hacia la mujer, además, respuestas emocionales de tristeza, culpabilidad, temor y vergüenza y respuestas fisiológicas como temblor en manos y piernas, sudoración, pesadez en el estómago y taquicardia.

A partir del Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad y el Modelo de Terapia Cognitiva, en unión con el análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida, se logró identificar y comprender los factores que se relacionan estadísticamente con la presencia de violencia física hacia la

mujer y las cogniciones que presentan las mujeres sobre la razón por la cual permiten y toleran dicha violencia, las cuales se esquematizan en la Figura 36.





Creencias Intermedias

Reglas

- ✓ “Debería ser más rápida al atenderlo”.
- ✓ “Debo aguantarlo por mis hijos”.
- ✓ “Debo perdonarlo”.
- ✓ “La mujer debe seguir al marido y soportarlo”.
- ✓ “Las mujeres debemos obedecer al marido”.
- ✓ “Si uno tiene marido debe servirlo y atenderlo a la hora que sea”.
- ✓ “La mujer tiene que agachar la cabeza, servir al marido”.
- ✓ “Como mujer uno debe aguantar todo por el hogar”.

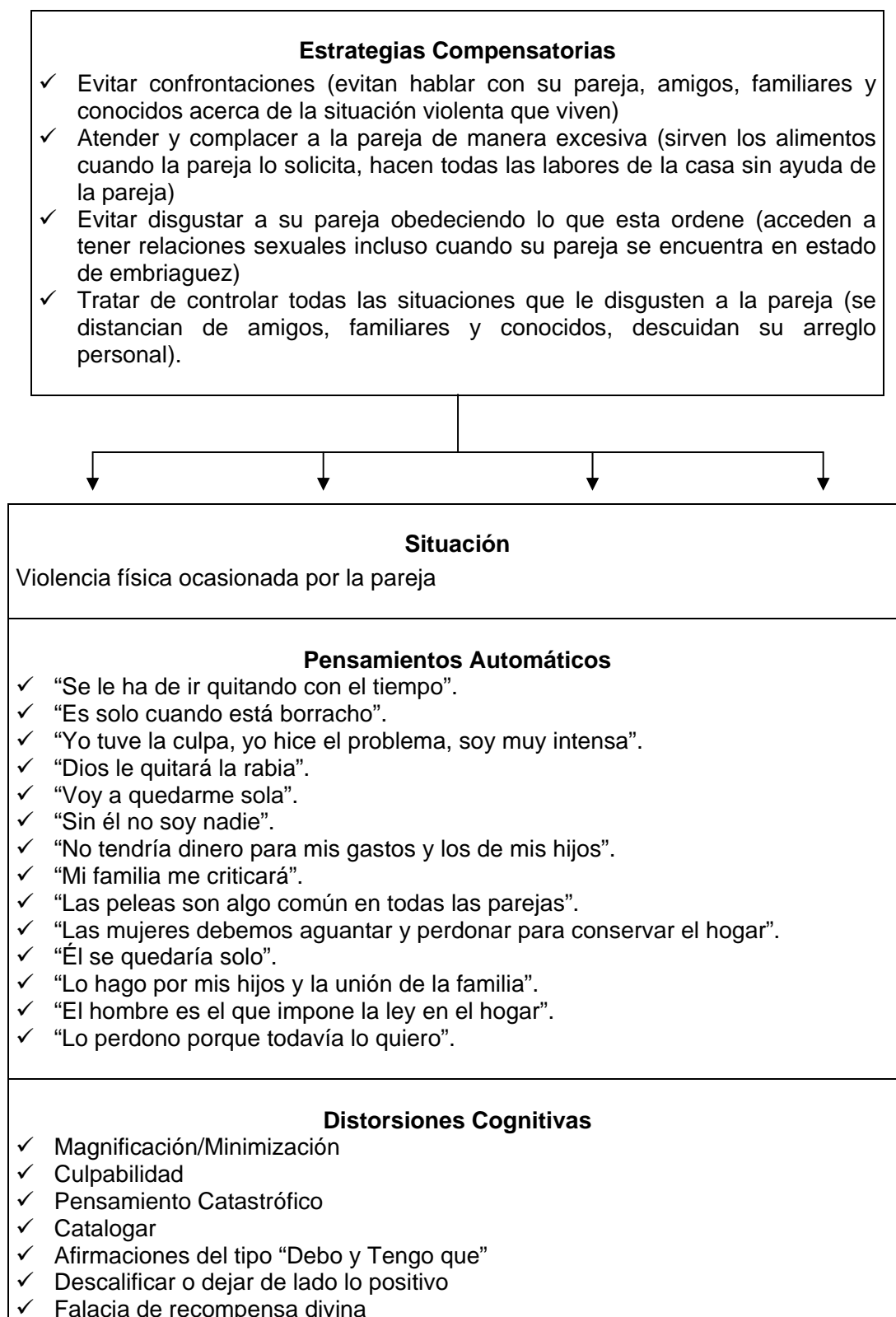
Suposiciones

- ✓ “Si lo abandono los demás pensarán mal de mí”.
- ✓ “Si me separo mis hijos se quedan sin padre”.
- ✓ “Si se va me quedaría sola”.
- ✓ “Si lo abandono ¿qué pensará la gente?”
- ✓ “Si lo dejo ¿quién lo cuidará?, se quedará solo y podría coger algún vicio”.
- ✓ “Si lo dejó ¿quién cubrirá los gastos de la casa?”.
- ✓ “Si lo perdono esta vez, tal vez no lo vuelve a hacer”.
- ✓ “Si me sucede a mí, le sucede a otras parejas”.
- ✓ “Cuando alguien se porta mal, merece ser golpeado”.
- ✓ “Si fuera como a él le gustan no me pegaría”.
- ✓ “Si lo quiero, debo aceptarle sus borracheras”.
- ✓ “Si lo amo, aceptaré sus errores”.

Actitudes

- ✓ “Quedarme sola sería terrible”.
- ✓ “Que mis hijos se queden sin padre sería lo peor”.
- ✓ “Que los demás se enteren sería una vergüenza”.
- ✓ “Que él se vaya con otra mujer sería horrible”.
- ✓ “Quedarme sin la ayuda económica que él me da sería lo peor”
- ✓ “No tolerar los errores de la pareja es terrible”
- ✓ “Perder la unión en la familia es terrible”
- ✓ “Ser madre soltera es lo peor”.





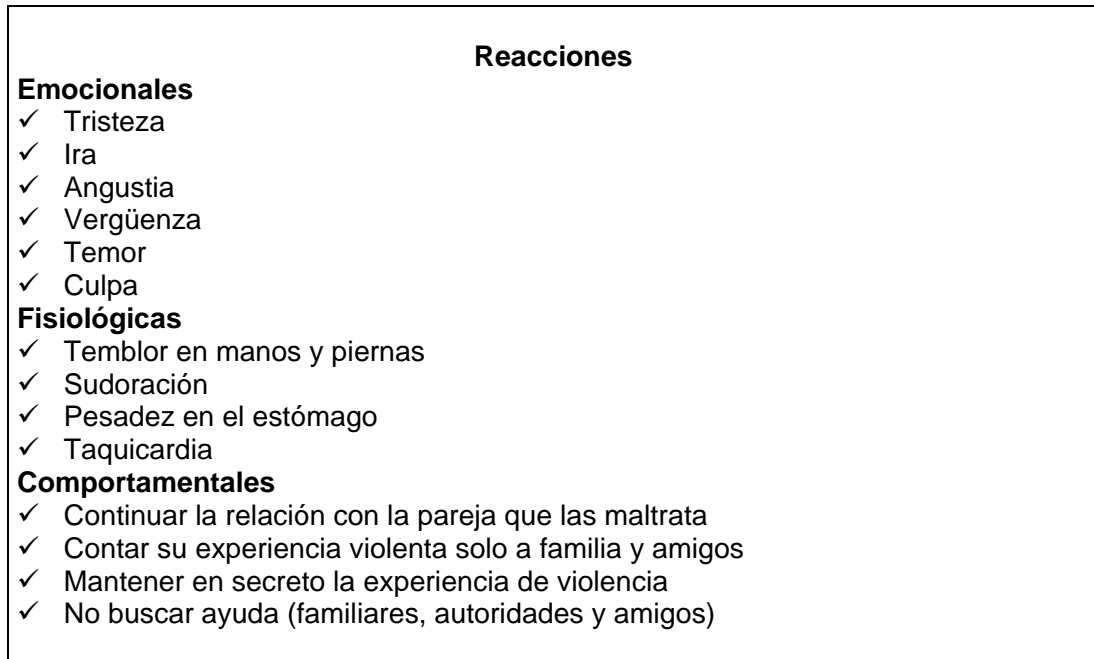


Figura 36. Análisis de las características psicosociales de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas.

RECOMENDACIONES

A partir de la caracterización psicosocial de las mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas realizada en esta investigación, se entiende que las mujeres permiten o toleran la violencia física hacia ellas debido a las cogniciones distorsionadas que presentan, lo que indica la necesidad del aprendizaje de cogniciones más funcionales, de tal manera que al modificar las primeras, también se genere un cambio en sus comportamientos y respuestas emocionales. Para ello, es fundamental utilizar la Terapia Cognitiva como medida de prevención e intervención sobre dichas cogniciones.

También se observa la necesidad de plantear, desarrollar y evaluar programas de atención primaria orientados a disminuir los niveles de vulnerabilidad relacionados específicamente con: a) la violencia intrafamiliar, mediante el entrenamiento en competencias para el manejo y solución de problemas, habilidades en la comunicación y disminución del consumo de alcohol; b) el desarrollo de habilidades sociales, con el objetivo de establecer, incrementar y mejorar las relaciones interpersonales y tener acceso a redes de apoyo; c) el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones de manera adecuada y d) abordar la temática de la desigualdad de géneros.

Así como programas de atención secundaria o terciaria que permitan contrarrestar las consecuencias negativas generadas tanto en las víctimas directas de la violencia como en los familiares cercanos a ellas y en los menores de edad, por ejemplo, la promoción de servicios de salud mental.

Por otra parte, mediante esta investigación se conocieron diversos factores que incrementan la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de violencia física, sin embargo, es importante aclarar que dichos factores o la combinación de ellos, no son la causa de tal violencia, sino que pueden incidir sobre su presentación. Por lo tanto, sería pertinente desarrollar programas de atención primaria en poblaciones que presenten algunos o todos los factores de vulnerabilidad, de tal manera que contribuyan a la disminución de los mismos.

Esta investigación abre una nueva perspectiva para realizar investigaciones que permitan comparar los resultados encontrados, con el fin de confirmarlos o descartarlos, al tiempo que contribuyan a que se comprenda más la problemática de la violencia ejercida contra las mujeres, así como la urgente necesidad de evitarla.

Asimismo, debido a que las entidades de salud suelen ser el primer punto de contacto con las mujeres que son víctimas de violencia, se considera oportuno brindar el entrenamiento necesario a los médicos, enfermeros y demás personal de la salud, con el objetivo de que adquieran la sensibilidad y la formación suficiente para reconocer la violencia, prestar ayuda inmediata y derivar a las mujeres a los servicios de atención especializada. Puesto que el sector salud posee un potencial único para prevenir y tratar la violencia ejercida contra la mujer, en particular, a través de los servicios de salud reproductiva a los que acuden la mayoría de mujeres en algún momento de su vida. De igual manera, las instituciones

educativas pueden ser involucradas en este aspecto, utilizando los programas escolares sobre salud, como los programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de salud reproductiva, como punto de acceso para brindar herramientas sobre prevención de la violencia contra las mujeres.

También se considera oportuno realizar investigaciones sobre las creencias, actitudes y características de los hombres autores de la violencia contra la mujer, así como de los hombres que también son víctimas de violencia, lo que permitirá comparar los testimonios de hombres y mujeres para comprender ampliamente el problema.

Se considera primordial continuar realizando investigaciones sobre las causas, consecuencias y los costos de la violencia ejercida contra la mujer y sobre medidas de prevención eficaces, con el fin de que esta problemática no continúe en la intimidad de los hogares y sigan cometiéndose abusos.

Finalmente, teniendo en cuenta que la integración de los dos modelos teóricos como método de trabajo y la unión de la metodología cualitativa y cuantitativa permitieron comprender de manera más amplia las características psicosociales de mujeres que habían sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas de una manera más amplia, se considera que su utilización sería de gran aporte para el análisis de otras problemáticas psicosociales, iguales o más complejas que la estudiada en la presente investigación, por ejemplo, el maltrato infantil y la violencia sexual,

lo que puede generar intervenciones dirigidas a disminuir el nivel de vulnerabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcaldía Municipal de Pasto (2005 a y b). Informe de Violencia Intrafamiliar, consolidado 2005. Informe del Observatorio del Delito. Manuscrito no publicado.

Alcaldía Municipal de Pasto (2006 a). Informe de Violencia Intrafamiliar, consolidado 2006. Informe del Observatorio del Delito. Manuscrito no publicado.

American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson S.A.

Arnkoff, D y Glass, C. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. Washington D.C.: American Psychological Association.

Arocha, J., Camacho, A. y Fajardo, D. (2002). Violencia Familiar en Colombia. Manizales: Editores S.A.

Arresta, M. (2001). Democracia y Familia. Bogotá: Universal.

Baucom, D., Sayers, S. y Scher, T. (1990). Supplementary behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: an out come investigation. Journal of consulting and clinical psychology.

Beck, A. (1964). Thinking and depresión: Theory and therapy. Archives of general psychiatry. (pp. 561-571). New York.

Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck, A. (1988). Con el amor no basta: como superar malos entendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja.

Barcelona: Paidós Iberica.

Beck, J. (2000). Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New London: Gedisa.

Beneit, J. (2001). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: Lumen.

Blanco, P., Ruiz, C. y García, L. (2000). La Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres. Madrid: Dykinson.

Bonilla, E., y Castro, P. (1997). Más allá del dilema de los métodos. Santafé de Bogotá: Norma.

Brannon, L. y Feist, J. (2002). Psicología de la salud. (p.47). Madrid: Internacional Thompson Editores Spain Paraninfo, S.A.

Brito, G. (2004). Dinámica Interaccional de la familia post-separación conyugal. [Internet]. Disponible en: [http:// www.geocities. com/papahijo2000 /familia.html](http://www.geocities.com/papahijo2000/familia.html). [2006, Agosto 20].

Congreso República de Colombia. (1991). Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia. [Internet]. Disponible en: <http://www.isis.cl/temas/vi/legisla.htm>

(cap.1.art.4). [2006, Noviembre 12].

Contreras, O. (2001). Concepto de familia disfuncional. Madrid: Panamericana.

Corsi, J. (2002). Violencia Masculina en la pareja. Buenos Aires: Paidós.

Dattilio, F. y Padesky, C. (1990) Cognitive Therapy with couples. Sarasota: Bilbao.

Diccionario de la lengua española. Concepto de familia. [Internet]. Disponible en: [http:// www.teachthefacts.org/2005/02/analisis-de-los-puntos-principales-de.html](http://www.teachthefacts.org/2005/02/analisis-de-los-puntos-principales-de.html). [2006, Septiembre 16].

El Tiempo, (2004). Denuncias por violencia intrafamiliar. [Internet]. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/06mar/s06030702.html>. [2006, Noviembre 20].

Ellis, A. (1962). Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Declee de Brouwer.

Erickson, F. (1999). Métodos cualitativos de investigación sobre enseñanza. Madrid: Paidós Educador y MEC.

Estado colombiano. (2004). Informe nacional. [Internet]. Disponible en: <http://oas.org/cim/XXXII%20Asamblea%20de%20Delegadas/DOCUMENTOS/CIM-doc%2020.esp.doc>. [2006, Agosto 18].

Fernández-Ballesteros, R. (1991). Evaluación Conductual Hoy. New York: Ediciones Pirámide.

Gobernación de Nariño. (2004). Informe de gestión. [Internet]. Disponible en: [http:// www.gobernar.gov.co](http://www.gobernar.gov.co). [2006, Noviembre 29].

Goleman, D. (1995). Inteligencia Emocional. Buenos Aires: Javier Vergara Editores.

González, A. (1997). Cómo afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. México: Manual Moderno.

Heise, L. (2006). Violencia contra la mujer: La carga oculta a la salud. Washington D.C.: Organización panamericana de la salud.

Hernández, M., Limiñana, M. (2004). Víctimas de Violencia Familiar: Consecuencias Psicológicas en hijos de Mujeres Maltratadas.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de Investigación. Mexico: Mc Graw-Hill.

Hinojal, I. (2004). Sociología de la familia. Madrid: Biblioteca Universitaria.

Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. (2006). Documento Portafolio de Servicios. Manuscrito no publicado.

Hurtado, A. (2003). Texto para la historia de las mujeres. Madrid: Cátedra.

Imbernón, J. y Ruiz, J. (1996). Cómo afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. Madrid: Interamericana.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2002). Muertes Violentas. [Internet]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co>. [2006, Julio 2].

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2006). Muertes Violentas. [Internet]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/cartilla1.pdf>. [2006, Noviembre 2].

Juliano, D. (1992). El juego de las astucias, Madrid: Cuadernos inacabados. (1992).

Lazarus, A. (1976). Multimodal Behavior Therapy. Nueva York: Springer.

Mahoney, M. (1991). Human Change Processes: The scientific foundations of psychotherapy. Nueva York: Basic Books.

Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behavior Modification: An integrative approach. Nueva York: Plenum Press.

Montero, A. (2002). Maltrato Psicológico contra la mujer. [Internet]. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-amontero-maltrato_psicologico.html. [2006, Noviembre 27].

Muillender, A. (2005). La violencia doméstica. Barcelona: Paidós.

Organización de las Naciones Unidas. (1959). Declaración Universal de la Organización de las Naciones Unidas. [Internet]. Disponible en: <http://impresionante1.spaces.live.com/blog/cns!8F3C47C2F9C1A60A!1692.entry> [2006, Octubre 22].

Organización de las Naciones Unidas (2003). Violencia y Mujer. [Internet]. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/1ab763f5d00fff86c1256ffc004b3171/\\$FILE/G0443776.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/1ab763f5d00fff86c1256ffc004b3171/$FILE/G0443776.pdf) -. [2006, Junio 29].

Organización Mundial de la Salud, (1996). Maltrato a la mujer. [Internet]. Disponible en: <http://www.ciem.ucr.ac.cr/docs/ENCUESTA%20NACIONAL%20DE%20VIOLENCIA.doc>. [2006, Diciembre 13].

Organización Mundial de la Salud. (2005). Estudio Multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Mujer. [Internet]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/>. [2006, Agosto 8].

Pantoja, A. (2002). Autoconcepto en las áreas afectiva, familiar social y laboral en una mujer víctima de violencia conyugal atendida en el servicio de consulta externa. Trabajo de grado. Programa de Sociología. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto.

Pardo, G. y Cedeño, M. (1997). Investigación en salud. México: McGraw-Hill-Interamericana, S.A.

Quiroz, M. (2004). Estudio Estadístico La Violencia Doméstica: una crisis en salud pública. Medellín: Microformas.

Reeve, J. (2003). Motivación y Emoción (p. 442). México: McGraw-Hill.

Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. (4ta Ed.) México: Trillas

Rosen, H. (1988). The constructivist-development paradigm. Nueva York: Mazel.

Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santero, E. y Villegas, J. (1997). Psicología Social. México: Trillas.

Sanchez, G. (2002). Maltrato Psicológico. [Internet]. Disponible en: www.nodo50.org/mujeresred/violencia-amontero-maltrato_psicologico.html. [2006, Noviembre 5].

Sanín, L. (2002). Violencia Doméstica: un aspecto de salud pública. México: Panamericana.

Secretaría de Gobierno de Bogotá, 2004). Estadísticas de denuncias por violencia. [Internet]. Disponible en: <http://hasp.axesnet.com/contenido/documentos/Dialogos%20No.%2011.pdf>. [2006, Agosto 29].

Sousa, (1998). Violencia hacia la mujer. [Internet]. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/index/eslact770012005>. [2006, Octubre 3].

Spiro, M. (2003). Tipos de familias. Buenos Aires: Espacio.

Taquín, V. (2000). Concepto de familia. [Internet]. Disponible en: <http://www.itlp.edu.mx/publica/tutoriales/mercadotecnia/tema212.htm>. [2006, Junio 23].

Tonon, G. (2006). Maltrato infantil intrafamiliar. Buenos Aires: Espacio.

Urresta, A. (2001). Así están conformadas las diferentes clases de familia que hoy están vigentes. [Internet]. Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/historicod/200210/20021020/ntc004.htm>. [2006, Noviembre 7].

Vásquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos Clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramo (comps.) Manual de Psicopatología. (pp. 318-321). Bogotá: Mc Graw-Hill.

Zambrano, R., Timaná, Z. y Muñoz, S. (2005). Desempeño académico y rendimiento escolar de niños y niñas víctimas del maltrato físico y

psicológico verbal en los hogares y en la escuela Trabajo de grado.

Programa de Psicología. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto.

Zarama, M. (1989). Estudio socio jurídico sobre la violencia intrafamiliar basado en casos conocidos por dos organismos estatales.

Trabajo de grado. Programa de Derecho. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto.

ANEXOS

ANEXO A

Formato Entrevista Semi-estructurada

Objetivo: identificar los factores de vulnerabilidad planteados por Zubin y Spring y los conceptos del Modelo de Terapia Cognitiva planteado por A. Beck.

CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA OCASIONADA POR SUS PAREJAS

Factores Demográficos

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Hasta qué año escolar cursó?
3. ¿Cuál es su estado civil?
4. ¿Pertenece a algún grupo religioso?
5. ¿Cuál es su ocupación?
6. ¿Dónde vive?
7. ¿En qué estrato se encuentra ubicada su vivienda?
8. ¿De dónde es usted?

Factores Familiares

9. ¿Con quién vivía usted cuando era niña?
10. ¿Se han presentado conflictos entre los miembros de su familia? ¿de qué tipo?

11. ¿Entre cuáles miembros de su familia de origen se han presentado conflictos?
12. ¿Cuál ha sido el motivo por el cual se presentaron conflictos entre los miembros de su familia de origen?
13. ¿Sus padres se han separado o divorciado?
14. ¿Cuál fue el motivo de separación o divorcio de sus padres?
15. ¿Algún miembro de su familia de origen consumía o consume alcohol o drogas?
16. ¿Algún miembro de su familia de origen ha sido maltratado? ¿qué tipo de maltrato sufrió? ¿cuál fue el motivo?
17. ¿Qué edad tenía usted cuando un miembro de su familia de origen fue maltratado?
18. ¿Sufrió usted maltrato por parte de algún miembro de su familia de origen? ¿quién fue el agresor? ¿cuál fue el motivo de la agresión?
19. ¿Qué edad tenía usted cuando fue maltratada?
20. ¿Ha sido víctima de abuso sexual?
21. ¿Con quién vive actualmente?
22. ¿Alguna de las personas con quienes convive actualmente consume alcohol o drogas?
23. ¿Se presentan conflictos entre los miembros de su familia actual?
24. ¿Entre cuáles miembros de su familia actual se presentan conflictos? ¿de qué tipo? ¿cuál es el motivo?

25. ¿Existe maltrato físico y/o verbal en su familia actual? ¿quién es el (la) agresor(a)? ¿quién es el (la) agredido(a)?
26. ¿Hace cuánto tiempo se estableció la relación de pareja?
27. ¿Desde cuándo empezó a notar cambios en la relación de pareja?
28. ¿Ha existido infidelidad en su relación de pareja?
29. ¿Cuántas veces ha sido maltratada por su pareja?
30. ¿Cuándo fue la última vez que su pareja la maltrató físicamente? ¿cuál fue el motivo?
31. ¿Qué lesiones ha recibido como consecuencia de la violencia física ocasionada por su pareja? (lesiones leves: moretones, rasguños, cortes, pinchazos y mordiscos; lesiones más graves: huesos rotos, daños en ojos y oídos)
32. ¿Su pareja le impide ver a su familia, amigos, vecinos?
33. ¿Su pareja insiste en saber dónde está usted en todo momento?
34. ¿Su pareja la ignora o la trata con indiferencia?
35. ¿Su pareja se enoja con usted si habla con otras personas?
36. ¿Su pareja la acusa constantemente de serle infiel?
37. ¿Su pareja le controla el acceso a la atención para la salud?
38. ¿Su pareja le coloca apodosos?
39. ¿Su pareja la rechaza o humilla?
40. ¿Recibe burlas por parte de su pareja delante de los demás?
41. ¿Qué otras consecuencias físicas le ha generado la situación de violencia que vivió?

42. ¿Qué otras consecuencias emocionales le ha generado la situación de violencia que vivió?

43. ¿Qué consecuencias físicas y emocionales ha generado la situación de violencia que vivió, en las personas con quienes convive?

Factores Sociales

44. ¿Ha establecido relaciones de pareja anteriores? ¿cómo ha sido la relación con estas?

45. ¿Usted tiene amigos? ¿cuántos? ¿cómo es la relación con ellos?

46. ¿Cómo es la relación con sus jefes? ¿Ha tenido conflictos con ellos?

47. ¿Cómo es la relación con sus compañeros de trabajo? ¿Ha tenido conflictos con ellos?

48. ¿Cómo es la relación con sus compañeros de estudio? ¿Ha tenido conflictos con ellos?

49. ¿Cómo es la relación con sus conocidos? ¿Ha tenido conflictos con ellos?

50. ¿Pertenece a algún grupo social?

51. ¿Cómo es la relación con el grupo social al cual pertenece?

52. ¿Ha tenido conflictos con el grupo social al cual pertenece? ¿cuál ha sido el motivo?

53. ¿Comunica a sus amigos o conocidos acerca de los problemas que se le presentan?

54. ¿Alguien ha tratado de ayudarla cuando se le presentan problemas?

Factores Económicos

- 55. ¿Quién aporta económicamente al hogar?
- 56. ¿Cuántas personas están a su cargo económicamente?
- 57. ¿Quién maneja y como se maneja el dinero en el hogar?
- 58. ¿Cuáles son los ingresos mensuales que usted recibe?
- 59. ¿Ha tenido problemas económicos? ¿cuáles?
- 60. ¿Cómo ha solucionado los problemas económicos que ha tenido?

Factores De Salud

- 61. ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- 62. ¿Considera que duerme bien?
- 63. ¿Presenta dificultad para quedarse dormida?
- 64. ¿Se despierta muy temprano en la mañana?
- 65. ¿Presenta insomnio?
- 66. ¿Qué alimentos consume a diario?
- 67. ¿Cuántas comidas diarias tiene?
- 68. ¿Consume variedad de alimentos? ¿cuáles?
- 69. ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿con qué frecuencia?
- 70. ¿Cuál es su horario de trabajo?
- 71. ¿A qué se dedica en su tiempo libre?
- 72. ¿Realiza ejercicios físicos?
- 73. ¿Practica algún deporte?
- 74. ¿Cuánto tiempo le dedica a su arreglo personal?
- 75. ¿Cuánto pesa?

76. ¿Cuánto mide?
77. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad física? ¿cuál?
78. ¿Ha asistido a terapia Psicológica? ¿cuál ha sido el motivo?
79. ¿Ha pensado usted o ha intentado hacerse daño?
80. ¿Ha sido hospitalizada? ¿cuál fue el motivo?
81. ¿Presenta alguna enfermedad que esté controlada con medicamentos?
82. ¿Está embarazada? ¿el embarazo es deseado?
83. ¿Ha sufrido violencia física durante el embarazo?
84. ¿Ha tenido abortos? ¿cuál fue la causa?
85. ¿A qué tipo de entidad de salud pertenece: IPS, EPS, ARS?
86. ¿Recibe atención médica con facilidad?

Pensamientos Automáticos

87. Describa, con la mayor cantidad de detalles posibles, la situación que vivió cuando su pareja la maltrató físicamente
88. ¿Qué sucedió antes de que su pareja la agrediera físicamente?
89. ¿Qué fue lo primero que pensó cuando su pareja la agredió físicamente?

Reacciones

90. ¿Qué sentimientos tuvo después de ocurrido el evento de violencia física?
91. ¿Qué cambios sintió en su cuerpo después de ocurrido el evento de violencia física?

92. ¿Qué hizo después de que su pareja la maltrató físicamente?

Creencias Intermedias

93. ¿Cuál considera que es la causa por la que su pareja la maltrata físicamente?

94. ¿Cuál es la razón por la que permite que su pareja la maltrate físicamente?

95. ¿Qué debería hacer usted para evitar que su pareja la maltrate físicamente?

96. ¿Qué necesita usted para cambiar la situación de maltrato físico por parte de su pareja?

97. ¿Qué cosas positivas podrían suceder si su pareja dejara de maltratarla físicamente?

98. ¿Qué cosas negativas podrían ocurrir si su pareja continúa agrediéndola físicamente?

Creencias Nucleares

99. ¿Qué piensa acerca de usted misma cuando su pareja la maltrata físicamente?

100. ¿Qué piensa usted de otras mujeres que viven la misma situación de violencia física?

Distorsiones Cognitivas

101. ¿Se siente responsable de que su pareja la agreda físicamente?

102. ¿Quién es el (la) principal responsable de la situación de violencia física que vive?

103. ¿Cree que la situación de violencia física que usted vive tiene solución?

Anexo B

Autoregistro de Pensamientos

Situación (qué sucedió)	Pensamiento (qué pensé)	Emoción (Qué sentí)	Comportamiento (qué hice)

Anexo C

Formato de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Yo _____ identificada con documento de identidad N° _____ de _____, autorizo a las estudiantes investigadoras: Viviana Narvárez Caicedo, con C.C. N° 59.311.775 de Pasto, y Elizabeth Bastidas Ortiz con C.C. N° 59.833.527 de Pasto para que me entrevisten con el fin de obtener información que será utilizada como sustento del trabajo de grado denominado “Caracterización psicosocial de mujeres víctimas de violencia física ocasionada por sus parejas según el Modelo de Terapia Cognitiva y el Modelo Multifactorial de Vulnerabilidad, atendidas en la unidad de urgencias del Hospital Universitario Departamental de Nariño en el municipio de Pasto”

Tengo conocimiento de la naturaleza y propósito de la entrevista y el autoregistro. Tengo claro que toda la información será utilizada, únicamente con fines investigativos y que se mantendrá la confidencialidad de mis datos de identificación, además se que estoy en libertad de suspender el proceso de evaluación en el momento en que crea conveniente.

Reconozco que no se me ha garantizado ni asegurado nada en relación con que esta evaluación forme parte de una intervención psicológica individual.

Certifico que he comprendido perfectamente lo anterior antes de de firmar y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre voluntad.

Firma

C.C.Nº

Testigo

C.C.Nº

Las estudiantes investigadoras certificamos que hemos explicado la naturaleza y propósito de la investigación así como la seguridad en la confidencialidad de los datos, además de contestar todas las preguntas y resolver las inquietudes de las personas involucradas.

Firma

C.C. Nº

Firma

C.C. Nº

Anexo D

Valores de χ^2 a los Niveles de Confianza de .05 y .01

Grados de Libertad (gl)	.05	.01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,21
3	7,815	11,345
4	9,488	13,277
5	11,07	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,09
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32
17	27,587	33,409
18	28,869	34,805
19	30,144	36,191
20	31,41	37,566
21	32,671	38,932
22	33,924	40,289
23	35,17	41,638
24	36,415	42,98
25	37,652	44,314
26	38,885	45,642
27	40,113	46,963
28	41,337	48,278
29	42,557	49,588
30	43,773	50,892
35	49,802	57,342
40	55,758	63,691
45	61,656	69,957
50	67,505	76,154
60	79,082	88,379
70	90,531	100,425
80	101,879	112,329
90	113,145	124,116
100	124,342	135,807

Anexo E

Matriz de Triangulación Interpretativa

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
<p>“Voy a quedarme sola”, “Voy a ser madre soltera”, “Lo necesito a él para vivir”, “Sin él no soy nadie”.</p>	<p>“Si me deja me muero”, “Si me deja se va con otra”, “Si se va, me quedaré sola y no podré salir adelante”, “Quedarme sola sería terrible”, “Ser madre soltera es lo peor”.</p>	<p>Las mujeres presentan sentimientos de indefensión. En un nivel emocional la víctima posee sentimientos de desesperanza, se percibe a sí misma sin posibilidades de salir de la situación en la que se encuentra, el mundo se le presenta como hostil y cree que nunca podrá valerse por sí misma.</p> <p>El papel de la mujer en el hogar ha sido definido culturalmente como la persona más débil y ella constituye el sector con menos poder dentro de la estructura jerárquica de la familia, donde las variables de género y generación han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal (Heise, 2006).</p>	<p>A nivel mundial, en la mayoría de los países, la mujer ha sido considerada como la menos capaz de realizar cualquier tipo de actividad frente al hombre, desde su infancia ha aprendido que el hombre es quien protege a la mujer y cubre todas sus necesidades, mientras que ella debe ser sumisa, abnegada y hogareña, por lo tanto, siente temor a quedarse sin la protección de su pareja.</p>
<p>“Voy a quedarme en la calle”, “No tendría dinero para mis gastos y los de mis hijos”.</p>	<p>“Si me deja, que voy a hacer con los gastos, no podré sola”.</p>		

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
<p>“Las peleas y los golpes se dan en cualquier pareja”, “Siempre hay esos problemas en las parejas”, “Las peleas son algo común en todas las parejas”.</p> <p>“Las mujeres somos más pacientes por el bien de la familia”, “A las mujeres nos han enseñado a perdonar y a dar una segunda oportunidad”.</p>	<p>“Si me sucede a mí, le sucede a otras parejas”, “Si las demás pasan por esto, también podré tolerarlo”.</p> <p>“La mujer debe seguir al marido y soportarlo”, “Si mi madre perdonaba a mi padre, debería perdonar a quien quiero”.</p>	<p>Culturalmente el hombre tiene derecho a utilizar la violencia física para disciplinar, educar, hacer entrar en razón, poner límites, proteger o tranquilizar a los miembros de su familia (Quiroz, 2004).</p>	<p>La familia utiliza la violencia como mecanismo para enfrentar y resolver las diferencias de opinión. La violencia masculina es aceptada y tolerada por la sociedad e incluso por la mujer.</p> <p>Las situaciones de maltrato se transforman en habituales. Las víctimas se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las toma el hombre. Todas estas experiencias entran a formar parte de algo habitual para ellas y tienen un efecto anestésico ante la violencia.</p>

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
<p>“El hombre es el que impone la ley en el hogar”, “El hombre es el jefe del hogar, por lo tanto puede, castigar”, “En nuestra sociedad los hombres siempre les pegan a sus mujeres”.</p>	<p>“Los hombres deben pegarle a su mujer si ella no le cumple con las labores domésticas”, “Los hombres deben pegarle a su mujer si ella le desobedece”</p>	<p>Las víctimas de violencia suelen sentirse culpables del fracaso de su relación, atribuyéndose muchas veces la responsabilidad de ser maltratadas mediante las mismas justificaciones que utiliza el agresor, reforzando así sus conductas (Quiroz, 2004).</p>	<p>La mujer víctima atribuye a su agresor un gran poder, lo asume como dueño de la verdad, le atribuye autoridad y frecuentemente justifica lo abusos, ya sea por sentirse responsable de ellos o porque asume que al haber sido su agresor víctima de otros abusos, queda liberado de su responsabilidad.</p>
<p>“Yo empecé el problema, él me lo advirtió, que no se la monte”, “Yo también lo molesto mucho, por eso a veces tiene razón”.</p>	<p>“Si fuera más atractiva, me querría más y no me maltrataría”, “Si hiciera todo como a él le gusta no se portaría así”.</p>		

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
“El me quiere, solo me pega cuando está borracho”, “Cuando toma se descontrola”.	“Siempre le ha gustado el trago, así lo conocí, debo soportarlo”.	Las víctimas comúnmente culpan del comportamiento violento de sus parejas al alcohol o las drogas, por lo que pudo haber dicho o hecho (Blanco, 2001).	Las mujeres tienden a minimizar las agresiones atribuyéndolas a factores externos como el alcohol y a justificar su permanencia en la relación y tolerar la violencia por el afecto hacia su pareja y la
“Lo perdono porque todavía lo quiero”, “Mi amor por él hace que lo acepte como es”.	“Si lo quiero, debo perdonarlo”, “Si lo amo, aceptaré sus errores”.	Las mujeres víctimas de violencia consideran que en la sociedad la unión familiar es indispensable para garantizar el bienestar de los hijos, a pesar de los conflictos que se presenten entre sus miembros (Blanco, 2001).	unión familiar.
“Lo hago por mis hijos y la unión de la familia”, “No quiero que mis hijos crezcan sin padre”.	“Debo perdonarlo por mis hijos”, “Que mis hijos se queden sin padre sería lo peor”.		

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
<p>“Los demás se van a reír de mí”, “Los vecinos van a criticarme”, “Ellos pensarán que me lo merezco”, “Mi familia me criticará”. Se identificaron creencias intermedias como:</p> <p>“Si lo abandono los demás pensarán mal de mí”,</p> <p>“Pensarán mal de mi familia”, “Sólo habrán chismes”.</p>	<p>“Si lo abandono, seré criticada por mi familia”, “Si lo abandono los vecinos van a pensar mal de mí”.</p>	<p>A las víctimas de violencia les cuesta mucho relatar lo que les sucede pues tienen y sienten vergüenza de que otras personas se enteren de los problemas al interior del hogar, juzguen su comportamiento y las culpen por una posible ruptura (Heise, 2006).</p>	<p>La histórica y sesgada visión de la familia y su realidad, entendida como el espacio privado por excelencia y definida en un contexto idealizado, como proveedora de seguridad y afecto permite que la mujer mantenga en secreto la violencia para evitar ser criticada y conservar la imagen de una familia “normal” frente a los demás.</p>

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
<p>“Se le ha de ir quitando con el tiempo”, “Es sólo cuando está borracho”, “Dios le quitará la rabia”, “Algún día se va a dar cuenta de su error”.</p>	<p>“Me dijo que cambiaría y yo le creo”, “Es cuestión de esperar un tiempo”, “Si lo perdono esta vez, tal vez no lo vuelve a hacer”.</p>	<p>Las víctimas de violencia tienen la tendencia a no buscar solución a los problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro (Quiroz, 2004).</p>	<p>Las mujeres sufren en silencio una situación dolorosa, esperan que las cosas se solucionen por sí mismas o que el agresor cambie espontáneamente su actitud.</p>

Realidad		Teoría	Interpretación
Pensamientos Automáticos	Creencias Intermedias		
<p>“Se quedaría solo”, “Podría coger algún vicio”, “Él no tiene a donde ir”, “Extrañaría a sus hijos”.</p>	<p>“Si lo dejo, quién lo cuidará, se quedará solo”, “Si lo dejo estaría triste y podría hacerse daño”.</p>	<p>En una relación adecuada cada persona que la conforma debe asegurar su bienestar. El afecto de una persona hacia otra es disfuncional cuando esta expone su propia integridad por favorecer al otro (Blanco, 2001).</p>	<p>La mujer considera que el bienestar de su pareja es prioridad sobre su propia seguridad. Teme por las consecuencias negativas que él obtendría después de una separación y se siente responsable de lo que pueda sucederle.</p>