

ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE
PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA

MILEXY CAROLINA CARVAJAL MENDEZ
LUZMAR QUINTERO DELGADO



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA

2008

ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE
PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Milexy Carolina Carvajal Méndez

Luzmar Quintero Delgado

Trabajo de Grado:

En la Modalidad de Proyecto de Grado como Requisito para Optar al Título de Psicóloga

Directora:

PhD. Diana María Agudelo Vélez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN: _____

PRESIDENTE DEL JURADO: _____

JURADO 1: _____

JURADO 2: _____

FLORIDABLANCA, _____

Dedicatoria

A todas aquellas personas que vivencian día a día la experiencia de ser víctimas de una problemática que toca a las familias Colombianas.

A nuestra maestra y guía Dr. Diana Agudelo Vélez quien movilizó en nosotras la construcción de una perspectiva realista, crítica y científica, acerca de la complejidad de las interacciones humanas, apoyándonos hacia la búsqueda de conocimientos teóricos y prácticos y de las alternativas de solución que aporten desde el campo psicológico a la modificación de fenómenos devastadores como el de la violencia intrafamiliar.

A nuestro equipo de trabajo, por la calidad del esfuerzo, la persistencia y su aporte personal y profesional en los momentos en los cuales se sintió con profundidad la problemática y el agotamiento de las labores continuas.

A las instituciones que depositaron confianza en nuestra formación y que hacer como futuras profesionales y a las personas que trabajaron con nosotras dentro de las mismas, por que compartir con ellas, nos hizo crecer en sabiduría y madurez.

A nuestras familias, porque la magnífica experiencia del haber crecido en ellas, nos dio como punto de partida una pequeña comprensión del concepto de familia, por la motivación y las palabras de aliento constantes para culminar la meta que nos trazamos con tanto esmero.

A cada una de nosotras por las horas de dedicación y esfuerzo que guiaron la construcción de este proyecto.

Caro & Malú

*Hoy le damos gracias a Dios
por ayudarnos a cumplir
con uno de nuestros mayores anhelos,
y darnos la fortaleza necesaria
para sobrellevar todas las adversidades
que se nos presentaron a en el camino
de la vida universitaria,
además queremos expresar
nuestros mas sinceros agradecimientos
a todas aquellas personas que contribuyeron
para que este logro se cumpliera,
a nuestros padres que con su cariño y paciencia
nos alentaron a seguir en pie,,
a la universidad y la Fiscalía por confiar en nosotras y
darnos la oportunidad de desarrollar y explotar nuestras
habilidades y competencias como psicólogas;
por último y no menos importante a
nuestra asesora y maestra quien con
sus conocimientos y enseñanzas
nos oriento hacia una psicología
vívida y sentida como estilo de vida*

Caro & Malú

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
1. INTRODUCCIÓN	12
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. OBJETIVOS	16
4.1. Objetivo General	16
4.2. Objetivos Específicos	16
5. REFERENTE CONCEPTUAL	17
5.1. CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL	17
5.1.1. Familia	17
5.1.2. Violencia	18
5.1.3. Violencia Intrafamiliar	19
5.1.4. La Violencia Intrafamiliar en Cifras	20
5.1.5. Aspectos Jurídicos de la Violencia Intrafamiliar	24
5.1.6. Tipos de Violencia Intrafamiliar	25
5.1.7. Ciclo de la Violencia	27
5.2. IMPLICACIONES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	28
5.2.1. Factores de riesgo y facilitadores de su continuidad	28
5.2.2. Perfil de las Víctimas	32
5.2.3. Mitos	36
5.2.4. Repercusiones	41
5.2.5. Salud Mental	43
5.2.6. Trastornos Psicológicos Asociados a la Violencia Intrafamiliar	46

5.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS COGNITIVOS	48
5.3.1. Conceptos Básicos	48
5.3.2. Componentes	49
5.3.3. Perfiles cognitivos	53
5.3.4. Estrategias de Afrontamiento	56
6. MÉTODO	59
6.1. Tipo de Investigación	59
6.2. Diseño	59
6.3. Participantes	59
6.4. Muestra	59
6.5. Lugar	60
6.6. Instrumentos	61
6.7. Procedimiento	66
7. RESULTADOS	67
8. DISCUSIÓN	89
9. CONCLUSIONES	102
10. RECOMENDACIONES	105
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
12. ANEXOS	117

Lista de Tablas

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos	68
Tabla 2: Comparación de Medias para Estrategias de Afrontamiento por Sexo	69
Tabla 3: ANOVA para Estrategias de Afrontamiento por Estado Civil	70
Tabla 4: ANOVA para Estrategias de Afrontamiento por Nivel Educativo	71
Tabla 5: ANOVA para Estrategias de Afrontamiento por Nivel Socioeconómico	72
Tabla 6: Comparación de Medias para Perfiles Cognitivos por Sexo	74
Tabla 7: ANOVA para. Perfiles Cognitivos por Estado Civil.	74
Tabla 8: ANOVA para. Perfiles Cognitivos por Nivel Educativo	75
Tabla 9: ANOVA para. Perfiles Cognitivos por Nivel Socioeconómico	76
Tabla 10: Comparación de Medias para Esquemas Maladaptativos por Sexo	78
Tabla 11: ANOVA para Esquemas Maladaptativos por Estado Civil	79
Tabla 12: ANOVA para Esquemas Maladaptativos por Nivel Educativo	80
Tabla 13: ANOVA para Esquemas Maladaptativos por Nivel Socioeconómico	81
Tabla 14: Comparación de Medias para Trastornos Mentales por Sexo	83
Tabla 15: ANOVA para Trastornos Mentales por Estado Civil	84
Tabla 16: ANOVA para Trastornos Mentales por Nivel Educativo	86
Tabla 17: Prevalencia de los Trastornos Mentales Evaluados por la M.I.N.I.	87

Lista de Gráficos

Grafico 1: Estrategias de Afrontamiento por Porcentajes	73
Grafico 2: Perfiles Cognitivos por Porcentajes	77
Grafico 3: Esquemas Maladaptativos por Porcentajes	82

Anexos

Anexo 1: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas

117

RESUMEN

ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLÓGICA DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar, es un fenómeno que afecta al ser humano en todas las esferas, causando daños como la incapacidad física y psicológica de las víctimas y las repercusiones que deja en ellas, incluyendo la muerte. El objetivo de este estudio es abarcar la problemática desde el conocimiento de la salud mental y la caracterización psicológica de una muestra de 200 personas mayores de 18 años que denunciaron en la Fiscalía General de la Nación. Esta investigación se realizó a nivel Descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal; para obtener la información se usaron los instrumentos Entrevista estructurada M.I.N.I, Young Schema Questionnaire (YSQ), Cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad (CCE-TP) y Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M). Entre los resultados más importantes se encontró que la salud mental de estas personas está altamente afectada, en la prevalencia de trastornos mentales sobresalió el Riesgo Suicida (74%) y el trastorno Depresivo mayor (54%); el Esquema que se presenta con mayor puntuación es el de Estándares Inflexibles (84.5%), el Perfil Cognitivo más prevalente es el Narcisista (77%), que está relacionado con el proceso de victimización y la estrategia de Afrontamiento a la que se recurre con más frecuencia es a la Religión, la cual se enmarca entre las estrategias pasivas, conformando así el perfil psicológico de la mayoría de las víctimas de violencia Intrafamiliar.

Palabras clave: Violencia Intrafamiliar, Trastornos Mentales, Características Psicológicas, Esquemas Maladaptativos Tempranos, Perfil Cognitivo, Estrategias de Afrontamiento.

ABSTRACT

CONDITION OF THE MENTAL HEALTH AND THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PERSONS OF THE INTERFAMILIAL VIOLENCE VICTIMS IN BUCARAMANGA.

Interfamilial violence, is a phenomenon that affects all of the human being aspects, producing damages such as both Physical and psychological disability of the victims and the repercussions leaved on them, including death. The objective of this study is to cover this matter from the knowledge of the mental health and the psychological characterization of a two hundred (200) adults sample who denounced at the General attorney's office in Colombia. This investigation was made on a Descriptive level, with a non-experimental design of transverse cut; in order to obtain the information, it was used instruments such as Structured Interview M.I.N.I, Young Schema Questionnaire (YSQ), Schematic Contents Questionnaire of Personality Disorders (SCQ-PD) and Scale of Strategies Modifying Coping (SSM-C). Between the most important results it was found that the mental health of these people is highly affected, on the prevalence of mental disorders it stood out the Suicidal Risk (74%) and the Major Depressive Disorder (54%); the scheme with the highest punctuation is the one of the Inflexible standards (84.5%), the prevalent Cognitive Profile is the Narcissistic (77 %), which is related with the victimization process, and the Facing Strategy most frequently used is Religion, which is framed among the Passive Strategies, forming a Psychological profile of most of the Interfamilial Violence victims.

KEY WORDS:

Interfamilial Violence, Mental Disorders, Maladaptation Schemes, Cognitive Profile, Facing Strategies.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años la violencia, como fenómeno que enmarca las agresiones físicas y psicológicas que atentan contra la integridad y dignidad de otro ser humano, se ha expandido hasta espacios íntimos como el núcleo familiar, terreno donde se deben conjugar y consolidar los valores individuales y las pautas de comportamiento e interacción en sociedad, pero que desde el momento en que se hacen manifiestos los episodios agresivos y no se toman las medidas apropiadas, la familia deja de constituir el eje adecuado de formación y satisfacción de necesidades biológicas, sociales y afectivas del individuo para convertirse en un territorio adverso generador de patrones de pensamientos y estilos de comportamiento perjudiciales para el bienestar biopsicosocial del ser humano.

Entidades como el Observatorio de Salud Pública, el Instituto de Medicina Legal, las Fiscalías, las Comisarías, Inspecciones de Policía y demás instituciones gubernamentales de Bucaramanga, han podido lograr registros inauditos de la frecuencia y el tipo de casos de violencia intrafamiliar existentes en la sociedad, cifras alarmantes que incentivan aún más el trabajo interdisciplinar en búsqueda de alternativas de solución, de actitudes que contribuyan a disminuir las repercusiones y en el mejor de los casos, de estrategias de intervención que permitan la erradicación de dicha problemática

Es por esto que la presente investigación está direccionada por la pregunta ¿Cuál es el estado de salud mental y las características psicológicas de las personas víctimas de violencia intrafamiliar?, inquietud que no sólo emerge en el ámbito académico y científico sino que dada su magnitud, trasciende a planos de lo público, lo jurídico, lo penal y especialmente al de la salud, tanto física como mental.

Con el firme propósito de dar respuesta a este cuestionamiento, se optó por entrevistar a un grupo de personas víctimas de violencia intrafamiliar, solicitantes de los servicios judiciales y/o penales, quienes ante la exposición de los objetivos del actual estudio,

decidieron libremente participar y brindar la información requerida; dichos datos se obtuvieron con base al diligenciamiento de una batería de instrumentos, con elementos propios que permitieron determinar ciertos rasgos, formas y estilos de pensamiento y conducta que identifican a la población vulnerada por este fenómeno. Esta caracterización se logra a través del modelo cognitivo, a partir del cual se percibe al individuo como un ente capaz de percibir y responder a su entorno acorde a sus particularidades mentales, es decir, sus esquemas, perfiles cognitivos de los trastornos de personalidad y estrategias de afrontamiento; componentes que provocan, por ejemplo, la percepción del entorno seguro y cambiante como inseguro y amenazante o viceversa; es por esto, que los datos encontrados son relacionados y sustentados a partir de los postulados de la psicología cognitiva.

En el transcurso de este escrito encontrará una contextualización general de la violencia intrafamiliar, su definición, características, factores de riesgo, causas y consecuencias y demás elementos indispensables para entender a este fenómeno; a continuación se describen los fundamentos teóricos cognitivos y los resultados obtenidos, posteriormente se apreciará en la discusión la contrastación de los resultados con la teoría planteada, para dar paso a las conclusiones y recomendaciones.

2. JUSTIFICACIÓN

La familia es la institución socializadora en la cual se conjugan diversos factores como la satisfacción de necesidades básicas, afectivas, cariño y compañía mutua; es un espacio de intimidad, confianza y privacidad que puede llegar a constituir un detonante para el despliegue de conflictos, debido a que en algunas ocasiones sus integrantes no cuentan con los recursos extrínsecos e intrínsecos necesarios para la adecuada resolución de problemas. Es por esto que al interior de algunas familias se solucionan los conflictos desde la posición de poder a través de la fuerza y el abuso físico y verbal, generando así el fenómeno conocido como violencia intrafamiliar; problemática que puede surgir de la interacción de un estado emocional intenso - ira-, con actitudes de hostilidad, déficit de habilidades de comunicación y resolución de problemas y factores precipitantes como el estrés, el consumo de alcohol, los celos y la percepción de vulnerabilidad de la víctima (Corsi & Echeburúa, 1994, 2002).

Autores como Gelles y Straus (1988, citados por Corsi, 1994) refieren que entre los factores que determinan la aparición de la violencia en el interior de la familia, se encuentra su conformación, pues las personas que la constituyen son susceptibles de la influencia del medio y la carga biológica que poseen todos los seres humanos, además de los cambios normativos y no normativos del ciclo evolutivo familiar, los cuales conllevan a reacciones de estrés dentro del sistema. Otros de los factores que determinan esta situación de agresión alrededor del hogar son el tiempo que se le dedica a los miembros, la calidad de los vínculos, la desigualdad de ideas, edad y género, la familiaridad de las circunstancias de sus parientes, los roles atribuidos y asumidos, los derechos y deberes personales, las ansias de poder, dominio, éxito y los sentimientos de frustración.

A raíz de la multiplicidad de los agentes que contribuyen a la perpetuación de la violencia intrafamiliar, el profesional de la salud mental debe crear e implementar alternativas de solución que contribuyan a la modificación de las pautas conductuales y los procesos de

pensamiento desadaptativos asociados, que pueden llegar a generar psicopatologías (Matías, Valenzuela, Vargas, Motta, Rojas, Contreras et al., 2006). Teniendo en cuenta lo anterior se hace necesario realizar una caracterización del estado de salud mental de los principales afectados, pues esto permitirá determinar la prevalencia de ciertos patrones psicopatológicos y por consiguiente establecer los focos de trabajo para las futuras intervenciones que se deseen realizar.

Es así como a través de este proyecto se desea determinar cuáles son las condiciones de salud, específicamente las de salud mental en las que se encuentran las víctimas de violencia intrafamiliar y determinar las características psicológicas en una muestra de 200 personas mayores de 18 años, de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, que denuncian en instancias como el Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar -CAVIF- y la Sala de Atención al Usuario -SAU-; unidades pertenecientes a la Fiscalía General de la Nación.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Cuando se habla de violencia intrafamiliar se hace referencia a la forma inadecuada en que se relacionan los miembros de una familia, acudiendo a pautas de interacción que se manifiestan a través de agresiones físicas, verbales o psicológicas, para solucionar sus conflictos. En este tipo de contacto las consecuencias no sólo se exhiben en la esfera física de los individuos sino que repercuten en la psicológica, por lo cual se produce un efecto significativo en las características de personalidad y de comportamiento de los involucrados, aunque estas consecuencias están determinadas por las particularidades psíquicas de la víctima, como sus creencias, ideas, estereotipos, estrategias de afrontamiento y patrones de crianza; al igual que la gravedad de la agresión y aspectos relevantes del contexto en el que se enmarca la situación.

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea como pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado de salud mental y las características psicológicas de las personas Víctimas de violencia Intrafamiliar mayores 18 años denunciadas de la Fiscalía General de la Nación seccionales Bucaramanga y Floridablanca?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar el estado de salud mental (SM) y las características psicológicas en una muestra de la población mayor de 18 años víctima de violencia intrafamiliar en la ciudad de Bucaramanga.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar los trastornos mentales presentes en la muestra de víctimas de violencia intrafamiliar.

Describir los esquemas maladaptativos tempranos que muestran mayor prevalencia en las personas víctimas de violencia intrafamiliar.

Establecer las creencias centrales de los trastornos de la personalidad de mayor prevalencia en las personas víctimas de violencia intrafamiliar.

Identificar las estrategias de afrontamiento al estrés de mayor prevalencia en la muestra estudiada.

5. REFERENTE CONCEPTUAL

5.1. CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL

5.1.1. Familia

La familia es un conjunto social caracterizado por complejas relaciones interpersonales donde la confianza y la continua interacción lo determinan como un grupo específico, donde se estructura la identidad, se brinda protección a los integrantes y se intercambian elementos con la cultura en la cual se encuentran inmersos (Maldonado, 1995).

Desde los conceptos dados por Hernández (1998) sobre familia, ésta se define como una institución social y una construcción cultural; social, por que implica un sistema de normas que se codifican como patrones particulares con el fin de garantizar la perpetuación de la sociedad, asegurando la calidad de vida de sus miembros y la adecuada socialización con los demás sistemas familiares. Lo cultural, en cuanto a que se proyecta como una organización estructurada, fundamentada en valores políticos, tradicionales, sociales y religiosos, aprendidos desde el contacto directo o indirecto con el entorno.

Asimismo Hernández (1998) a partir de la teoría general de sistemas, plantea que la familia es un conjunto de elementos en continua interacción, donde cada integrante está influenciado por las situaciones internas de sus parientes, pero esto no quiere decir que su desenvolvimiento se reduzca a la sumatoria de las características individuales, sino que se convierte en un circuito interactivo, donde los comportamientos no son lineales, son reactivos.

La familia es un sistema que se organiza en subsistemas conformados por el conyugal, el parentofilial y filial o fraterno, el primero de ellos hace referencia a la relación de pareja, el

segundo corresponde a la relación entre padres o figuras de autoridad e hijos y el último, incluye la relación entre hermanos; cada uno de estas divisiones establece sus propias normas, reglas, límites y formas de comunicación.

Otro punto de vista es el sociológico, el cual refiere a la familia como un grupo social, integral, dinámico y de relaciones recíprocas, con un habitat común, cooperación económica y con fines reproductivos, formando una familia *stricto sensu*, es decir, nuclear, padres e hijos y *lato sensu*, que se refiere a la familia, dos o más familias nucleares mediadas por las relaciones padre – hijo o sin dicha extensión, padres, hijos y otros parientes de consaguinidad o afinidad (Hernández, 1998 y Herrera, 2000).

A pesar que la familia se constituye como un sistema cerrado, se encuentra influenciada por la interacción interna y/o externa de sus integrantes con otros sistemas sociales, razón por la cual está expuesta a vivenciar momentos de crisis, donde se hace necesario que cada miembro evidencie sus habilidades de afrontamiento y solución de problemas, que al no ser utilizadas correctamente aumentan la tensión y las reacciones agresivas provocando así violencia (Corsi, 1994).

5.1.2. Violencia

Generalmente el término violencia hace referencia a todo tipo de intercambio relacional en el que se produce daño a otro como medio para lograr un determinado fin; culturalmente puede llegar a concebirse como un instrumento para el conflicto, una herramienta para alcanzar ciertos objetivos y un elemento indispensable en las formas de dominación, porque todo acto violento es un acto de dominio, pero no toda dominación es violenta; como manifestación violenta se recurre a la fuerza para anular la posibilidad del otro, quien según los roles o posicionamientos sociales reales o imaginarios, asume un papel de subordinación ante su agresor (Cachón & Ruano, 1999; Maldonado, 1995 y Tajer, 2003).

El conflicto, uno de los componentes típicos de las relaciones humanas a diferencia de la violencia, innecesaria y eludible; es un proceso indispensable, que favorece la construcción, transformación y erradicación de condiciones generadoras de violencia, constituye un agente a través del cual se puede establecer un contrato de interacción donde se comparta y negocie el poder y la autoridad, se reconozca al otro como diferente y se movilicen los recursos personales y colectivos para desplegar espacios para la solución del inconveniente; la anterior es una de las formas de hacer frente a las contrariedades típicas de un grupo social, el otro medio consiste en coaccionar, suprimir o anular una de las partes involucradas, en el momento en que se recurre a esta alternativa, se genera la violencia en su máxima expresión, en la cual se despliega en una variedad de expresiones entre las que se encuentra la violencia intrafamiliar y/o doméstica (Cachón & Ruano, 1999; Maldonado, 1995 y Molina, 2001, 2004).

5.1.3. Violencia Intrafamiliar

Se considera violencia intrafamiliar cualquier tipo de agresión que ocurre en el interior de grupo social primario, el núcleo familiar, afectando cualquiera de sus subsistemas; apunta a todas las formas de abuso entre los integrantes de una familia, donde hay un desequilibrio de poder, en el cual alguna de las partes causa daño físico y/o psicológico al otro miembro. Son todas aquellas conductas agresivas realizadas por el individuo que desempeña un rol específico en el matrimonio o la sexualidad, especialmente como figura cuidadora de otros; en estos intercambios existe una responsabilidad bidireccional y se confrontan los problemas, acudiendo a la fuerza, la intimidación, las amenazas, el aislamiento, la culpabilización, la minimización, el consumo de sustancias psicoactivas y el uso de la coacción y manipulación del otro, comportamientos intencionales no esporádicos, dinámicos, distantes u omisivos y hostiles que un miembro ejerce contra otro sin importar si esto quebranta la voluntad y

desarrollo de quien recibe la agresión (Corsi, 1994; Echeburúa y De Corral 1998; Herrera, 2000; Stith, Williams & Rosen, 1990 y Vírseda, 2000).

A partir de Rodríguez, Antuña & Rodríguez (2001), para definir una situación de conflicto como violencia intrafamiliar se debe tener en cuenta que los sucesos evidenciados, estén compuestos de cierto grado de intención de hacer daño, un período de tiempo relevante donde se exhiba continuidad y discontinuidad de las agresiones, conservación conciente del vínculo afectivo e incongruencia de medios y fines o restricción de alternativas de solución.

Por último, cuando se enuncia el término violencia doméstica usualmente es para hacer referencia exclusivamente a los abusos que se presentan entre la pareja, dos individuos que mantienen o han sostenido un vínculo afectivo estable, para fines de comprensión se utilizará el término violencia intrafamiliar independiente si las agresiones son en pareja o incluye a los demás miembros de la familia (Corsi, 1994).

5.1.4. La Violencia Intrafamiliar en Cifras

La violencia intrafamiliar con el paso del tiempo se ha convertido en una problemática mundial, se presenta con características similares en circunstancias culturales, sociales y/o económicas que difieren en poca o gran medida; por ejemplo las agresiones físicas son comunes en todos los lugares del mundo, sin embargo en países como Estados Unidos se recurre en mayor proporción a las armas como instrumento lesivo a diferencia de algunos territorios latinoamericanos en los que se emplean los puños, las patadas, los utensilios de cocina y demás elementos materiales del hogar, en ambas el tipo de violencia es el mismo pero se varía en los medios o instrumentos con los cuales se imprime el ataque. Cabe aclarar que el foco de esta problemática no radica en el por qué, el para qué, el con qué o cómo; sino en la acción agresiva, el hecho mismo de transgredir los límites de respeto, intimidad e integridad de otro ser humano (Falcón, 2001).

Del mismo modo, en los últimos años este fenómeno ha tenido fluctuaciones epidemiológicas tanto en magnitud como en frecuencia, dejando huellas visibles e invisibles, según como lo determina el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) de los diferentes países, que con el paso del tiempo han creado e implementado estrategias para la recopilación de datos estadísticos del vínculo víctima – agresor y del tipo de lesiones que llegan a dicha entidad, por ejemplo en Nicaragua, en el 2006 se llevaron a cabo 10.187 dictámenes por violencia intrafamiliar, siendo este el 21,69% de la totalidad de las lesiones causadas por la violencia en general - 46.971 peritajes-, constituyéndose pues como la segunda causa más habitual de las valoraciones realizadas en dicha institución, estos índices tuvieron una leve variación de 16 impresiones forenses menos, respecto al año 2005. Igualmente en El Salvador, durante el 2006, se registraron 35 homicidios por violencia intrafamiliar, de los cuales 20 fueron efectuados por sus esposos legales o compañeros permanentes y en el 2007 de los doce asesinatos reportados por dicho delito, uno fue cometido por el esposo, ocho por la pareja informal y tres por otros parientes cercanos (Dalton, 2006; Duarte, 2006 y Vaquerazo, 2007).

En países como España, a pesar de los múltiples programas creados e implementados a favor de la erradicación de la violencia intrafamiliar, la violencia de género y/o las agresiones contra la mujer española o inmigrante, el número de muertes sigue en aumento. En el transcurso del año 2002 al 2004, fueron notificadas 200 defunciones de mujeres, siendo por año, al rededor de 70 crímenes consumados por la pareja de la víctima. De igual forma, el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Poder Judicial, a lo largo del 2004 reportó 99.111 casos, de los cuales 71.464 fueron denunciados por mujeres nativas de España y 20.401 por inmigrantes (Montañés & Moyano, 2006).

En esta misma línea el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2003, refiere que en la Ciudad de México de cada tres hogares en uno de ellos, se viven

situaciones de cualquier tipo de violencia; generalmente las agresiones son más comunes en los hogares donde la figura de autoridad es el hombre, 32.5%, en comparación con las familias que son dirigidas por la mujer, 22%; a partir de lo cual también se observó que el agresor es el jefe de hogar, constituyendo el 49.5% de los casos y la víctima la esposa, en un 38.9%. Estos datos no difieren de los reportes del año 2002, del Centro de Protección Social de la Mujer en Tijuana donde se albergaron temporalmente a 46 mujeres y del Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar en Mexicali, en el cual se brindaron 428 asesorías y 78 albergues temporales a las consultantes (Navarro, 2002).

En el 2003, en República Dominicana fueron denunciados 7.884 casos de violencia intrafamiliar, cerca de 657 procesos al mes y con el pasar de los años las denuncias han ido en aumento al igual que las muertes violentas que se dan en el seno del hogar, es así como en el 2005 se verificaron 98 lesiones mortales y en el 2006 aumentó a 99 mujeres, víctimas de sus cónyuges y/o compañeros sentimentales (Barley, 2004).

A su vez en Chile entre el comienzo del año 2001 y mediados del 2007 fueron asesinadas un número no inferior a 300 mujeres, cuya agresión fue perpetuada, según refiere la División de Seguridad Pública del Ministerio del Interior de dicho país, por su compañero íntimo o por hombres con quien mantenían un vínculo de confianza e intimidad, a su vez en el transcurso del 2001 al 2006, las denuncias por violencia intrafamiliar aumentaron de manera notoria, aproximadamente un 37%, ya que en el primer año se recibieron 60.769 denuncias y en el 2006, 95.829 (Rojas & Rojas, 2007).

Por último a nivel de Colombia, según la recopilación de datos realizada por el Observatorio de Salud Pública de Santander (González & Tarazona, 2004), mientras en el año 2002 los reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML), refirieron que de 64.979 casos de lesiones personales por motivo de violencia intrafamiliar, 40.013 (62%) correspondió a maltrato conyugal, 14.629 (23%) a conflictos entre familiares y

10.337 (16%) a maltrato infantil; en el año 2001, se reportaron 203.438 casos de lesiones personales, de los cuales 59.770 (29,4%) de violencia intrafamiliar y 17.912 (8.8%) delitos sexuales. Específicamente en la capital del país, en el 2002 el INML recibió 22.555 procesos por lesiones personales por violencia intrafamiliar y en el 2003 las Comisarías de Familia atendieron 41.139 casos por violencia intrafamiliar. Análogamente en Santander, se notificaron 11.150 casos de lesiones personales, 3.560 (31%) correspondieron a casos de violencia intrafamiliar y 895 (8%) a delitos sexuales.

Paralelamente, en los años 2004 y 2005, a nivel de Santander, fueron registrados 862 y 2.634 casos respectivamente, reportes dados por Comisarías de Familia, Centros Zonales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, I.C.B.F., Instituciones Prestadoras de Salud, entre otras. Concretamente el INML, en el 2005 analizó 6.550, de los cuales se pudo concluir que por cada 10 mil habitantes, existen 31,4 casos de violencia intrafamiliar y sexual. Los índices más elevados se presentaron en los municipios de San Gil, Girón, Floridablanca, Pinchote, Lebrija, Barrancabermeja, Landázuri, Bucaramanga, Chipatá y Vélez; cabe aclarar que estos indicadores pueden ser muestra de la organización en el sistema de denuncia y notificación de las unidades correspondientes y no de la mayor incidencia de este tipo de delito (Hormiga & Rodríguez, 2007).

Según las fichas de registro de recepción de denuncias del Centro de Atención Integral a Víctimas de Agresión Sexual y Violencia Intrafamiliar de la Fiscalía General de la Nación de Bucaramanga, en el transcurso de enero del 2007 a enero del 2008 fueron recepcionados 1.110 casos por violencia intrafamiliar, aproximadamente 3,8 denuncias diarias.

Como se puede ver la Violencia Intrafamiliar es un fenómeno que día a día requiere de mayor atención no sólo de la entidades prestadoras de servicios de salud sino de la entidades legales – gubernamentales, se necesitan entidades que adquieran compromiso reales frente a dicha problemática, además, cabe recordar todos aquellos porcentajes de casos que no son

informados, denuncias que no son puestas en conocimiento de la ley y por consiguiente no forman parte de los registros del INML, las Comisarías de Familia, el Observatorio de Salud Pública y demás entidades creadas en los diferentes países, para la atención, recepción y control de la magnitud, frecuencias y características de cuestiones que afectan el bienestar del individuo y de la sociedad en general, como lo es la violencia intrafamiliar.

5.1.5. Aspectos Jurídicos de la Violencia Intrafamiliar

Desde el ámbito jurídico la noción de violencia intrafamiliar comenzó a tenerse presente con la formulación del artículo 44 de la Constitución Política de 1991, en la cual se enuncia a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad, constituido por vínculos naturales o jurídicos, a partir de una decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por voluntad responsable de conformarla; además asevera que los lazos familiares se fundamentan en la igualdad de derechos y deberes, así como un respeto recíproco de todos sus integrantes. Por lo tanto cualquier tipo de violencia en el núcleo familiar se contempla como agente demoledor de su armonía y unidad y es sancionado acorde a lo estipulado por la ley. Desde entonces el Congreso de la República se ha mantenido en continuo estudio de lo estipulado por la ley, mejorando cada día las sanciones penales, de acuerdo a si son o no justas ante la afectación que tienen los actos delictivos en el interior de la familia; es por esto que actualmente las leyes referidas a la violencia intrafamiliar han sufrido una serie de transformaciones, inicialmente con la Ley 599 de 2000, en el artículo 229, y actualmente con la Ley 1142 de 2007, artículo 33 donde se plantea la violencia intrafamiliar como un delito y no como una querrela: “El que maltrate física o psicológicamente a cualquier miembro de su núcleo familiar, incurrirá, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor, en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años. La pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando el maltrato recaiga sobre un menor, una mujer, una persona mayor de sesenta y cinco (65) años o que se

encuentre en incapacidad o disminución física, sensorial o psicológica o quien se encuentre en estado de indefensión. Párrafo: A la misma pena quedará sometido quien, no siendo miembro del núcleo familiar, sea encargado del cuidado de uno o varios miembros de una familiar en su domicilio o residencia y realice alguna de las conductas descritas en el presente escrito” (Bañol, 2001 & Congreso de la República, 2007, pp. 28).

Dentro de este marco existen dos vías que pueden ser acogidas por la víctima de violencia intrafamiliar para dar fin a esta problemática, la vía administrativa o civil, por medio de la cual puede obtener medidas de protección tanto para sí como para su núcleo familiar, las cuales son dadas por los Comisarios de Familia o un Juez; y la ruta penal; asumida por la Fiscalía General de la Nación, institución cuyas acciones están orientadas al restablecimiento inmediato de los derechos de la víctima, su protección y la sanción punitiva o correccional del agresor (Fiscalía, 2006).

5.1.6. Tipos de Violencia Intrafamiliar

El Observatorio de Salud Pública de Santander, González & Tarazona (2004) y Cachón & Ruano (1999), refieren que las acciones involucradas en la violencia que se presenta entre los miembros de la familia, se pueden llegar a exhibir en cada una de las esferas del ser humano afectado:

Física: Hechos que perjudican claramente el cuerpo y la salud, generando enfermedades que difieren en escala de gravedad. Incluye puñetazos, patadas, cachetadas, golpes con objetos, quemaduras, fracturas, intenciones de estrangulamientos, entre otros.

Psicológico: Cualquier acción que afecte la salud mental y estabilidad emocional, efectos que repercuten en el autoestima y la autovalía, por ejemplo, las humillaciones, palabras soeces, gritos, insultos, apodos, amenazas, desvaloraciones, críticas, acusaciones, intimidaciones y ridiculizaciones.

Sexual: Actos que atenten contra la libertad sexual y dignidad, van desde las insinuaciones, uso de la pornografía, realización de prácticas sexuales con las que no se está de acuerdo, hasta la consumación del acto sexual en contra de la voluntad.

Gestacional: Agresión física y psicológica que se ejerce sobre la mujer en estado de embarazo, afectando el desarrollo evolutivo del feto.

Por negligencia o abandono: Conductas de privación de educación, alimentación, vestuario, salud o aislamiento y ausencia de atención.

Autores como Falcón (2001) consideran necesario incluir subcategorías en lo referente al maltrato físico, de manera tal que no sólo se cuente con el tipo de lesión sino que se incluya la magnitud o gravedad de la misma; es así como la violencia física se clasifica en levísima, leve, moderada, grave y extrema. La levísima encierra aquellas heridas que tardan en curarse menos de quince días y la vida no corre mayor riesgo; la leve abarca el maltrato que se demora en sanar entre quince días y los dos meses siguientes, no pone en peligro la vida ni provoca un daño permanente, como tampoco lo hacen las contusiones moderadas, las cuales tardan en recuperarse entre dos y seis meses y dejan algún tipo de cicatriz; por último la violencia grave y extrema contiene los golpes que causan daños irreparables como mutilaciones o atrofas en el cuerpo de la víctima, el punto máximo de este tipo es el uxoricidio, fenómeno descrito por Cabanellas (2006, citado por Álvarez et al, 2007), el cual se refiere al homicidio entre cónyuges, ya sea como resultado de las lesiones producidas por el agresor o como producto de la reacción de la víctima, ante la crisis incitada por el maltrato crónico de su compañero.

Maldonado (1995) señala que existe otro tipo de violencia denominado simbólica y sociocultural, en la que se contienen una serie de sucesos físicos y psicológicos que son tenues y no constituyen perjuicio perceptible e inmediato, en algunas culturas no son tenidos

en cuenta como lesivos, sin embargo pueden llegar a catalogarse como violentos por el significado asignado por los interlocutores y el daño progresivo que causan.

Retomando a Herrera (2000), los tipos antes mencionados y otros, pueden ser agrupados en cuatro grandes categorías no excluyentes: la violencia visible e invisible, donde se incluyen los daños físicos que dejan evidencia y los efectos psicológicos que no dejan huella palpable en primera instancia. La intergenérica e intragenérica, que está determinada por el género de las partes que se agreden, si es del sexo opuesto o del mismo, correspondientemente. La intergeneracional e intrageneracional, la cual está determinada por generaciones familiares que están involucradas en el conflicto, sean de la misma o de otras y finalmente se encuentra la violencia por acción y por omisión, en la que se contienen los actos destructivos que el victimario realiza en contra de la víctima y las acciones que no se ejecutan y conllevan repercusiones negativas al otro, respectivamente.

5.1.7. Ciclo de la Violencia

Generalmente la violencia denunciada es de tipo crónico o recidivante, ya que como considera Echeburúa & De Corral (2002), después del primer episodio de violencia, existe una alta probabilidad que se presenten nuevas situaciones violentas, puesto que se han trasgredido los límites de respeto por el otro y se dificulta cada vez más el diálogo, convirtiéndose así la violencia en la única forma para la solución de los problemas. Esta dinámica de relación según Walker (1979, citado por Echeburúa, 1994, Zambrano, 1985) se puede resumir en tres fases:

1. Fase de acumulación de tensión, la víctima exhibe actitudes que le permiten evitar los golpes, pero el encadenamiento de breves encuentros cargados de hostilidad y la represión de los sentimientos de rabia e impotencia aumenta el malestar con el paso del tiempo, en esta etapa se unen algunas cuestiones

en espera de la mejor solución como lo son el pago de cuentas, el desempeño en el trabajo, los problemas parentofiliales, entre otros.

2. Fase Aguda de violencia, aparece cuando se necesita liberar la tensión y los sentimientos negativos inexpressados, se produce la expresión de todo el estrés acumulado, normalmente, después de esta liberación de emociones, el abusador disminuye las actuaciones lesivas realizadas y trata de justificar lo ocurrido.
3. Fase de calma, se vivencia un estado de paz y tranquilidad en el hogar; el agresor expresa sus preocupaciones sin plantear ninguna alternativa de solución, cautiva a su víctima y nuevamente la convence de un cambio a futuro; esta situación favorece a que se de inicio a la fase inicial del ciclo, acumulación de tensión, por asuntos no resueltos.

La secuencia se mantiene o se mantendrá hasta que uno de los miembros tome la decisión de abandonar la relación, modificar el comportamiento agresivo o de buscar la atención adecuada ya sea terapia individual o de pareja y la atención legal, de modo que se cuenten con las herramientas necesarias para erradicar la violencia y mejorar la relación familiar (Redondo, 2002; Vírseda, 2000).

5.2. IMPLICACIONES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

5.2.1. Factores de riesgo y facilitadores de su continuidad

Existen diversos factores que perpetúan el ciclo de la violencia intrafamiliar que fue descrito anteriormente, entre ellos se encuentran: la raíz cultural, es decir, características como la raza, el estrato socio económico y dentro de él, variables como el nivel educativo, el número de hijos, la pobreza, el desempleo y la dependencia económica; otro de los agentes que facilitan dichos episodios de abuso y agresión es el género de la víctima, diversos estudios afirman que en su mayoría las mujeres son las más golpeadas, abusadas

sexualmente, menospreciadas, ignoradas, amenazadas o insultadas por sus parejas (Hernández & Correa, 2004; Pérez, 2002); aunque la violencia se produce en menor escala de manera recíproca, las secuelas dejadas en las mujeres en cuanto a la salud física y emocional son más severas, pues suelen presentar síndromes como el de la mujer maltratada, en el cual, las personas que lo sufren, se vuelven inhabilitadas para generar cambios en sus estilos de vida, reviviendo constantemente los miedos a ser atacadas por sus victimarios e inhibiendo la capacidad de la búsqueda de ayuda (Sith, Williams & Rosen, 1990). En cuanto a la edad, se es vulnerable en todas las etapas del ciclo vital, pero cuando se habla de violencia doméstica las edades en las cuales se vivencia con mayor intensidad son los 24 años hasta los 45 años, es decir la adultez temprana y la adultez media; cuando las familias se encuentran en su mayoría en las etapas de familias con hijos escolares y con hijos adolescentes, en estos casos el control fuerte sobre las acciones de la pareja es la principal causa de las agresiones (Salas, 2005; Traverso, 2000).

Del mismo modo, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, está asociado a la presencia de violencia intrafamiliar dentro de las unidades domésticas, pues existen casos en los cuales las agresiones se producen cuando el victimario se encuentra bajo los efectos de alguna de ellas. El estrés dentro de la familia, es otro elemento que dispara la continuidad del fenómeno, existen circunstancias internas como cambios de roles, fallecimiento o enfermedad de uno de los miembros, proceso de separación, cambio de hogar, nuevo matrimonio de alguno de los progenitores, dinámica familiar conflictiva, infidelidad en la pareja, adaptación a los cambios del ciclo vital, etc. y externas como desempleo, trabajo estresante o en condiciones inadecuadas, falta de vivienda o conflictos con los vecinos, desplazamiento, etc., que influyen en el surgimiento de dicho estrés, que en familias con bajo nivel de adaptación o enfrentamiento, pueden generar agresiones de diferentes tipos que en familias con niveles de adaptabilidad, límites y roles establecidos clara y equitativamente,

estrategias de toma de decisiones, libre expresión de sentimientos y pensamientos y con habilidades adecuadas para resolver estas crisis no presentarían (Calderón, 2001).

Además de lo anterior, existen diversas características dentro de las familias que ponen a sus integrantes en situación de vulnerabilidad, pues ellas hacen que esta institución social, sea una de las entidades sociales más amenazantes. Dentro de esas características se encuentran: el factor tiempo, ya que en el interior de este núcleo, sus integrantes pasan más tiempo juntos que en otras instituciones; las posibilidades con las que se cuentan en el hogar en cuanto a actividades e intereses, pues debido al gran número de opciones se pueden presentar situaciones conflictivas por las diferencias entre los gustos de cada uno de los miembros; la intensidad de la relación, debido a la fuerte implicación emocional, esto hace que las respuestas ante las dificultades y los problemas sean de mayor ímpetu que cuando se presentan fuera de casa; conflicto por intereses, ya que cuando una de las personas pertenecientes a este sistema se decide por alguna medida, puede afectar los beneficios de las otras, de la misma manera que pueden coartar la libertad de las mismas; derecho a influir, por que cuando existen esta clase de relaciones afectivas se adquiere implícitamente el derecho de intervenir en el comportamiento y la conducta del pariente; diferencias de edades y sexo, en cuanto a que estas discrepancias sirven como puntos de conflictos culturales; roles asignados, éstos son asignados de acuerdo a características biológicas y culturales y no por competencias y habilidades; intimidad familiar, pues dicho grado de intimidad puede apartar a la familia del control social o de la asistencia que recibe del exterior y muchas veces no permite que se aborden esta clase de conflictos; pertenencia involuntaria, ya que en este compuesto no se eligen que personas con las cuales se convive, a excepción de la pareja, igualmente, cuando las dificultades son graves o severas, es muy difícil que alguno de los miembros abandone la unidad debido a los lazos afectivos, emocionales, sociales, materiales y legales que la soportan; aprobación normativa, existen diversas normas culturales que legitiman la

existencia de malos tratos en las relaciones entre padres e hijos y dentro de la pareja; socialización dentro de la violencia y su generalización, a través del proceso de aprendizaje las personas asocian la violencia con el amor y las relaciones afectivas, entonces la violencia termina presentándose en las diferentes generaciones de la familia, es decir, se crea lo que se conoce como violencia transgeneracional (Stith, Williams & Rosen, 1990; Zarza & Froján, 2005).

Otro de los aspectos que a nivel familiar contribuye a desencadenar la violencia, son los valores y normas compartidas en la cultura y en el medio en el cual se desenvuelven los hogares, algunos de ellos son: la aceptabilidad de la violencia, el rol del hombre y la mujer en la sociedad, el respeto dado a las personas de mayor edad, el alto nivel jerárquico de la organización familiar, las tradiciones culturales de tipo patriarcal, en donde el alto nivel de poder y control lo ejerce el hombre dentro del hogar, los cuales son difundidos a partir de las experiencias individuales e incluso transmitidos en la información que brindan los medios de comunicación. Además, las experiencias vividas en la familia extensa como la violencia conyugal de los suegros y padres de la víctima, contribuyen a la aprobación de estas conductas dentro de la dinámica familiar (Ferreira, 1989; Larraín, 1994; Minuchin, 1991, citados por Traverso, 2000).

El tiempo de duración del matrimonio o de la unión marital, es otro posible desencadenante del abuso, del mismo modo, el tiempo que llevan presentándose dichas agresiones, pues, cada vez los ciclos de violencia se presentan con mayor frecuencia y con menor tiempo de distancia entre cada uno, las agresiones se agudizan y se vuelven de mayor gravedad, el tiempo de calma o la etapa llamada “luna de miel” es menor; un agravante en este proceso es la utilización de armas de fuego u objetos destructivos con los cuales se hiere a la víctima o se le amenaza de muerte o con los cuales los agredidos intentan defenderse del victimario. Del mismo modo, cuando la víctima atemoriza a su victimario con intentos de

suicidio u homicidio, el riesgo de ser maltratada aumenta, aunque esta sea una estrategia para defenderse o para igualarse a su agresor.

Cuando la violencia intrafamiliar es de tipo crónico, se va produciendo el aislamiento social de la familia, en especial de quien sufre las agresiones, ya que el control por parte del agresor aumenta, lo cual constituye un factor de riesgo porque pone a los afectados en desprotección y le brinda al autor de la violencia una sensación de impunidad que lo lleva a no hacerse responsable de sus actos y por lo tanto a la no disminución de sus agresiones (Machuca, 2001).

5.2.2. Perfil de las Víctimas

Las personas que sufren de violencia comparten algunas características ambientales, sociales, culturales y de personalidad que se constituyen al igual que los factores anteriores en riesgosos y facilitadores para la presencia de las agresiones familiares o constituyen elementos que perpetúan la misma; esto no significa que todos los maltratados tengan los mismos rasgos, pero generalmente presentan varios de ellos. En su mayoría las víctimas son mujeres, menores o ancianos de nivel cultural inferior, con dependencia económica, sin trabajos extra domésticos o empleos poco remunerados, con apoyo social nulo o insuficiente; pertenecientes a hogares compuestos por estructuras nucleares o reconstruidas y en condiciones de hacinamiento, donde se comparte con la familia extensa (Echeburúa & De Corral, 2002).

Con mucha frecuencia, se encuentra que en los hogares de donde provienen las personas que sufren maltrato familiar, tuvieron experiencias negativas en sus familias o que en algunos casos fueron abusadas física, psicológica o sexualmente por sus padres o fueron testigos de la violencia conyugal de sus progenitores, de allí que muchos asumen roles pasivos de sumisión y sometimiento, se habituaron a estas condiciones, aceptaron la desvalorización de personas y se adaptaron al maltrato doméstico.

De la misma forma, existen ideas aprobadas culturalmente e interiorizadas en la formación que refuerzan este perfil, una de ellas es la del amor romántico, la cual está cargada de expectativas elevadas acerca del altruismo, el sacrificio, la abnegación y entrega hacia la pareja y con el hogar, ideas que llevan a fortalecer la dependencia emocional y de fondo, una extrema necesidad de aprobación.

Además de las características ambientales, sociales o culturales de las personas que sufren esta clase de violencia, también existen conductas y comportamientos específicos en ellas, algunos funcionan como mecanismos psicológicos para enfrentar lo que presupone enfrentarse al maltrato. En muchas ocasiones, las víctimas niegan su posición de maltratadas, aunque esta negación hace parte de la no responsabilidad social que se ha creado a partir del no reconocimiento de estas situaciones como problemáticas. Esta negación, se constituye como una estrategia del sujeto para defenderse de una situación que considera penosa, insostenible o dolorosa; es una manera de economía psíquica que busca proteger al individuo de los contenidos desagradables de su conflicto; de la misma forma que lo niegan, minimizan el daño que les causan sus agresores, como si sufrieran un distanciamiento emocional en el momento de recibir las agresiones sobre todo de tipo físicas, es como un momento de ausencia psíquica cuando están siendo maltratadas, como una clase de amnesia ante el dolor físico, separando la experiencia corporal de la cognitiva, que deja como resultado un alejamiento entre el sentir y el pensar, la desintegración entre la emoción y la experiencia que inestabiliza y altera emocionalmente, factor que contribuye a la permanencia y exposición al abuso físico sin la búsqueda de soluciones para salir del mismo (Escudero, Frigola & Ganzenmuller, 1999).

Existen además, factores psicológicos conocidos por Nolasco (2001) como “trampas psicológicas” dentro de las cuales se encuentran, el síndrome de Estocolmo, el síndrome de la mujer abnegada, el complejo de Cenicienta, el dilema de Wendy, el síndrome de las mujeres

que aman demasiado y la desesperanza aprendida; el síndrome de Estocolmo, se relaciona con la dependencia que existe en la víctima hacia su agresor, pues pone en sus manos la decisión de una nueva agresión y se focaliza en la idea de no provocarle, suprimiendo su propio punto de vista; el síndrome de la mujer abnegada, que habla de la preocupación de los individuos por las necesidades e intereses de los demás y no de los propios, viviendo en función de los otros y cohibiéndose de su propio desarrollo personal por alcanzar los estándares de sus objetos de afecto; el complejo de Cenicienta argumenta que las mujeres reprimen actitudes y temores que la llevan a un estado de pasividad donde bloquean el potencial de sus habilidades y terminan resignándose a esperar que algo externo aparezca para cambiar sus circunstancias; el dilema de Wendy, propone que la actitud maternal desarrollada por algunas mujeres hacia sus agresores para controlar la vida de sus parejas, las convierte en sus víctimas y el síndrome de las mujeres que aman demasiado, que habla sobre las mujeres que permanecen en relaciones destructivas aun cuando las parejas las maltraten o no exista verdadero amor, pero ellas se ocupan de él y de la relación convirtiéndose en dependientes y adictas a su relación disfuncional y la desesperanza aprendida hace referencia al estado de inactividad o pasividad que asumen las personas víctimas de violencia intrafamiliar ante su problemática, se piensan y se sienten incapaces de salir de la situación de violencia, llegando hasta el estado de victimización progresiva y de encerrarse en estas relaciones destructivas (Echeburúa & De Corral, 2002).

Las mujeres maltratadas por sus parejas, conciben la ruptura como un fracaso y no sobrellevan esta idea, razón por la cual toman el sufrimiento como un reto, tomando actitudes para enfrentarse a él, justificando al agresor, culpabilizándose y haciendo cosas para cambiar a su compañero y convertirlo en el hombre que ellas sueñan; incluso, ponen su proyecto de vida en función de los objetivos de su pareja, autocensurándose y reprimiendo sus propias necesidades y deseos por mantener la relación, además por condiciones individuales como el

temor, la indefensión generada y el temor al futuro en soledad. Igualmente, las características de personalidad como baja autoestima, asertividad deficiente y capacidad escasa de iniciativa facilitan la presencia de esta problemática dentro de sus hogares (Echeburúa, 2002).

Por último, existe por parte de la víctima un temor a la confrontación y al reconocimiento de puntos de vista que difieren con las del agresor, lo cual provoca en ella la necesidad de encubrir sus verdaderos sentimientos y pensamientos, desviando dicho enfrentamiento utilizando formas indirectas de reclamos y reproches, los cuales incitan las respuestas destructivas del compañero; un elemento más que contribuye a la prolongación de esta problemática es el sentimiento de culpa, dado que moviliza una tendencia a la justificación del comportamiento de su agresor y una actitud sancionadora de sí misma (Falcón, 2001; Maquieira & Sánchez, 1990; Silva, 2006; Zambrano, 1985).

En conclusión, los rasgos más comunes de las mujeres maltratadas son: sentimientos de culpa, se creen fracasadas en los roles de esposa y madre, siente que no puede controlar su vida por el temor y el pánico, conflictos internos y ambivalencia de sentimientos, se siente incapaz de romper con la relación destructiva, es conservadora en las creencias sobre hogar, familia, vida sexual y relación de pareja, habituadas a los malos tratos, piensa que nadie las puede ayudar y que tienen que resolver el problema por ellas mismas, se responsabiliza de las acciones del victimario, mantiene una actitud resistente y de aceptación pasiva, tiene expectativas irreales sobre el cambio, sufre de aislamiento social por el control excesivo de su pareja, está en riesgo de consumir y abusar del alcohol y las drogas, minimiza el peligro de la situación, sobre lleva desordenes psicológicos y psicosomáticos, duda de su propia salud mental, evita estigmas sociales como el del divorcio y conciben como verdades absolutas los mitos que existen sobre violencia intrafamiliar (Escudero, Frigola & Ganzenmuller, 1999).

5.2.3. *Mitos*

Como se ha dicho anteriormente, la violencia intrafamiliar es generada y perpetuada por diversos factores que van desde las características familiares, hasta los rasgos de quien se dice es la víctima de las agresiones, igualmente el papel de la cultura dentro del sistema familiar es determinante debido a que dentro de ella se construyen y transfieren las diversas tradiciones que serán aceptadas y validadas en cada unidad familiar; algunas de ellas corresponden a ideas establecidas como verdades de forma absoluta, aunque estas sean equivocadas. Estas creencias son llamadas mitos difieren de la realidad y son tomados para legitimizar los malos tratos en las familias, algunos de ellos son:

El problema de violencia familiar está muy exagerado y en realidad no está amplificado, las cifras de casos y denuncias conocidas es cada vez mayor, con niveles de agresión y mortalidad mayores llegando a presentar en algunas ocasiones uxoricidio; todo el mundo agrede, los hombres y las mujeres, aunque los dos son susceptibles de ser agredidos, prevalecen las mujeres como víctimas.

Es natural que hombres y mujeres se peleen, los conflictos siempre se encuentran presentes en algunas etapas de las relaciones de pareja y del ciclo familiar, pero no necesariamente debe existir la violencia como estrategia para la resolución de las problemáticas.

Las agresiones entre familiares solo se encuentran en las clases sociales desfavorecidas, los malos tratos entre parientes se presentan en todas las clases sociales, pero son más reservados en los estratos socioeconómicos altos, aunque uno de los factores de riesgo para la disposición de este fenómeno son las características ambientales, no quiere decir que no se presenten en estratos con recursos materiales, si no que estos repercuten en la dinámica de relación de los miembros de un núcleo familiar.

El maltrato es un asunto privado y sólo sucede una vez, esta problemática corresponde a un asunto de salud pública y de tipo legal, que afecta a la sociedad en forma general, generalmente no se presentan episodios únicos de agresiones, si no que se establecen de manera crónica y recidivante como un ciclo que finaliza y comienza con cierta frecuencia.

A las mujeres les gusta que las golpeen porque generalmente son masoquistas y locas y porque les gusta, las mujeres agredidas por sus compañeros los dejarían si ellas quisieran, existen múltiples factores por los cuales ellas permanecen al lado de su victimario, no es cuestión de gusto, sino de dependencias, económicas, emocionales, a veces la separación o la amenaza de la misma constituye un elemento más riesgoso para las víctimas y sus hijos, muchas personas afirman que la violencia hace parte del matrimonio y por ello la aceptan, igualmente, el creer que están vinculadas estrechamente a sus cónyuges y el sentir cariño hacia ellos, las enfrenta a conflictos internos de atracción – evitación, ya que desean que la violencia cese, pero no abandonan la relación abusiva.

La violación entre esposos no existe, de hecho, esta es considerada como violencia sexual y se tipifica cuando se le obliga a la pareja a tener relaciones sexuales sin decisión propia o a realizar prácticas sexuales con las cuales no se encuentra de acuerdo.

Cuando una mujer dice no, quiere decir si, este presupuesto se basa en la idea de que la sexualidad de la mujer es pasiva o inactiva y la del hombre es activa e inaplazable y por ello, la mujer debe ceder cuando el hombre lo desee. Cuando en realidad, el intercambio sexual es una decisión recíproca libre y sin amenazas o violencia, la frecuencia y la persona con la cual se experimenta la sexualidad, al igual que la decisión de cuántos hijos y con qué espacio de tiempo entre cada uno, hace parte de los derechos sexuales y reproductivos de cada ser humano.

La violencia puede cesar con el embarazo, incluso, este estado genera agresiones entre la pareja, llevando a cabo lo que se conoce como violencia gestacional, en la cual algunas mujeres argumentan la pérdida de un hijo por los golpes de sus compañeros.

Los niños no se dan cuenta de los problemas de sus padres, muchas de las agresiones son cometidas cuando los menores se encuentran cerca o los malos tratos, también van dirigidos hacia ellos.

Los agresores golpean a sus víctimas por que están enfermos y no tienen la culpa, sin embargo la mayoría de los agresores no poseen ningún trastorno físico o mental y no puede ser una justificación para el maltrato ya que este es un fenómeno naturalizado como para minimizarse a unos pocos.

Los hombres que golpean no cambian, es probable que cuando se ejecuta una sanción o cuando se somete a un tratamiento se modifiquen algunos de estos comportamientos ya sea como correctivo y para evitar futuros castigos o porque a partir de las terapias se logran superar diversos conflictos que son generadores de la agresión.

No va a existir maltrato cuando se acaben los golpes, usualmente, se piensa que existe agresión solo a través de la fuerza física, pero a la par de esta, se pueden presentar otros tipos de violencia que prevalecen cuando se disminuye los golpes, puede seguir presentándose violencia emocional, económica, entre otras.

La mujer debe aguantar todo y hacer sacrificios para mantener el matrimonio, este estereotipo de la mujer abnegada, se ha consolidado desde las enseñanzas de las personas de edad, hasta los medios de comunicación y es vista como una virtud a la cual las mujeres deben acoplarse para ser buenas esposas y madres; algunas de las características de esta imagen son debilidad, sencillez, alta capacidad de sufrimiento, modestia, aceptación de ideas y ordenes sin cuestionar o refutar, obediencia, entrega, dulzura, resignación, aceptación del dolor como un deber y del sufrimiento como una aptitud, rasgos que son usados para

continuar en una relación pese a que esta sea destructiva, sostenerla es un deber, obedecer una moralidad y aceptar los defectos de sus esposos una muestra de respeto (Torres, 2006).

Si el varón aporta lo económico es buen padre, en una sociedad patriarcal donde se presume que el hombre aporta lo económico y la mujer se entrega al hogar, se piensa que con solo el apoyo económico se satisfacen todas las necesidades de la familia, pero un buen trato, apoyo emocional, expresiones de afecto y cariño, colaboración activa en la formación de los hijos, también hacen parte de las actividades de los padres dentro del desarrollo y crecimiento del hogar y de las relaciones de sus miembros.

La violencia es una manifestación de afecto, como se piensa que la violencia es un método para corregir y educar a los miembros de una familia, se tiene la creencia que de esta manera, se expresa la preocupación por el otro; pero la violencia daña la integridad física y emocional de quien la sufre.

Si la esposa resiste mucho tiempo, el maltrato cesará y la relación mejorará, muchas personas permanecen dentro de estas relaciones destructivas por la esperanza de un cambio a futuro, por las ilusiones creadas a partir de autoengaños y de expectativas irreales que no siempre se modifican en la convivencia.

Si el hombre no ingiriera alcohol no agrediría a su pareja o las agresiones nunca son causadas por las drogas y el alcohol, no todas las agresiones se producen en estado de alicoramiento o bajo el efecto de sustancias psicoactivas, sin embargo, el consumo de las mismas sirven como uno de los indicadores principales para predecir que algunas personas serán físicamente agresivos durante el matrimonio, ya que ambos abusos pueden formar parte de sus estilos de vida.

Este tipo de situación, es voluntad de Dios, la violencia es un fenómeno que tiene objetivos específicos de controlar y dominar al otro, generalmente se realiza en circunstancias

específicas de crisis en las familias, sus actores son responsables de las agresiones y no obedecen a hechos metafísicos ni sobrenaturales.

Las esposas merecen ser golpeadas porque se portan mal, los hombres inician la violencia independientemente de lo que hagan o digan ellas y nada justifica que sean violentadas o agredidas.

Todos los agresores son iguales, aunque las parejas presentan conflictos de formas similares, cada una de ellas y de sus miembros reacciona de forma diferente ante las problemáticas.

Los agresores no pueden controlar su ira, las agresiones son voluntarias, estas son elecciones como todas las acciones voluntarias y tienen fines específicos para coartar la libertad de la víctima y someterla ante sus deseos.

A menudo las agresiones cesan por sí mismas, generalmente no sucede así o cuando disminuyen lo hacen las de tipo físico, pero las de tipo emocional predominan como forma de recordarle a la víctima que la violencia sigue presente.

La psicoterapia es un tratamiento más efectivo que el encarcelamiento, los dos son medidas aplicadas a la problemática, pero deben ser proporcionadas juntas para que sean eficaces, ya que no solo se podría aplicar la psicoterapia, pues la violencia intrafamiliar es un delito que debe ser penalizado y ejercer dicho castigo como forma de prevenir los abusos.

Las mujeres agredidas podrían poner fin a las agresiones cambiando su propia conducta, es responsabilidad del agresor modificar sus conductas violentas y la responsabilidad de los agredidos es velar por su propio bienestar.

Hay una sola respuesta para explicar el por qué de las agresiones intrafamiliares, no existe una única causa de las agresiones, como se dijo anteriormente los elementos que la generan son de tipo multifactorial.

Es así como hombres y mujeres encuentran en sus ideas justificaciones para responder ante los estímulos del medio de manera agresiva y reducir su carga de responsabilidad ante sus actos (Haz Paz, s.f. a, b, Jacobson & Gottman, 2001; Torres, 2006).

5.2.4. Repercusiones

La violencia dentro de la familia trae repercusiones a corto y largo plazo, generalmente las lesiones personales físicas son las manifestaciones inmediatas de los maltratos, pero ser víctima de estos abusos, eleva la posibilidad de padecer una salud ineficiente en el futuro, de padecer enfermedades y afecciones de diferente índole. Las secuelas pueden verse en las esferas físicas, sexuales y reproductivas, psíquicas y del comportamiento, además de las consecuencias mortales y las económicas. A nivel físico, se encuentran las lesiones abdominales y torácicas, hematomas, síndromes de dolor crónico, discapacidad e invalidez, dolor muscular, fracturas, perturbaciones en el aparato digestivo, síndrome del colon irritable, equimosis, abrasiones y escoriaciones, heridas oculares, síndrome del dolor crónico e inactividad física.

En lo sexual y reproductivo, pueden presentar, enfermedades en el aparato genital, esterilidad, enfermedad inflamatoria de la pelvis, problemáticas sexuales como la disfunción, pérdida del interés, dolor pre y pos coital, infecciones sexuales, VIH/SIDA, embarazos no deseados o complicaciones en el mismo, debido a la presencia de violencia sexual, en donde las mujeres son obligadas a tener relaciones sexuales sin desearlo, igualmente, los abortos espontáneos o practicados en condiciones inseguras. También existe el inicio tardío de la atención prenatal, mortinatalidad, partos y nacimientos prematuros, lesiones fetales y/o bajo peso al nacer.

En cuanto a la salud psíquica y el comportamiento, existen dificultades que tienen que ver con las adicciones al alcohol y a otras drogas, cuadros depresivos y ansiosos, perturbaciones en los hábitos alimentarios y del sueño, sensaciones de vergüenza,

sentimientos constantes de culpa, fobias, trastornos de pánico, trastorno por estrés postraumático, trastornos psicosomáticos, pensamiento e intentos de suicidio, conductas autolesivas, comportamiento sexual arriesgado, tabaquismo y poca autoestima.

En cuanto a lo económico, se presenta ausentismo en el trabajo dependiendo de la gravedad de las lesiones físicas; bajo rendimiento laboral, debido a los problemas de salud físicos y psicológicos; más posibilidades de que cambien frecuentemente de trabajo, ya que el agresor ejerce un fuerte control sobre las víctimas y una mayor probabilidad de que no las empleen, pues carecen de autonomía y espacio para realizar su trabajo.

Otra de las repercusiones importantes de la violencia, especialmente la violencia conyugal, se establece en los hijos, los cuales terminan haciendo presencia activa en los episodios de agresión y como consecuencia de ello, presentado problemas emocionales y dificultades en la conducta como rendimiento escolar insuficiente, desobediencia o rebeldía, pesadillas, quejas sobre su salud física, ansiedad y depresión (La Violencia en la Pareja, s.f.; Navarro-Pertusa, Barberá & Reig, 2003)

Además de lo anterior, la violencia intrafamiliar trae consecuencias que se manifiestan según Pérez (2003) en síntomas agudos y crónicos, los agudos se presentan como una combinación de ataques físicos y psicológicos de alta intensidad, con características análogas a las exhibidas en el estrés agudo y estrés postraumático, ya que se experimentan sentimientos de angustia con preocupación constante por sus hijos, familiares, aislamiento social, irritabilidad y evitación de estímulos asociados al hecho agresivo. Entre los síntomas crónicos, se encuentra el llanto fácil, falsas esperanzas hacia el futuro, falta de confianza en si misma, ideación suicida, invalidez aprendida o desesperanza aprendida, en donde existe una sensación de pérdida de capacidad para dominar sus propias circunstancias o de no encontrar salida de la problemática que vivencian, es así como tras cada agresión, la motivación para encontrar alternativas se ve seriamente afectada, perdiendo su capacidad de respuesta;

igualmente, se halla una disminución del deseo sexual, trastorno del sueño y del apetito, abuso de sustancias psicoactivas, anhedonia e inhibición de expresión emocional y disminución del auto concepto (Quirós, 2003).

Del mismo modo los efectos de la violencia intrafamiliar pueden dividirse en psicofísicos o específicos y psicosociales o genéricos; los primeros referencian las manifestaciones estrechamente relacionadas con lo mental y lo fisiológico: desvalorización, baja autoestima, estrés emocional, agotamiento, depresión, sensación de confusión y de estar perdiendo la cordura, impotencia e inseguridad, bajo el rendimiento laboral, baja concentración e imposibilidad para ejecutar determinadas acciones, a demás de los hematomas, laceraciones, fracturas, lesiones no permanentes, entre otras secuelas físicas. Entre los psicosociales se encuentran efectos internos como la marginación, exclusión y violación de derechos y externos como la formación de vínculos maritales a temprana edad, explotación sexual, consumo y/o dependencia de sustancias psicoactivas, delincuencia juvenil y gaminismo.

De acuerdo con lo anterior, se puede ver que las consecuencias exhibidas por las víctimas, afectan altamente la salud mental y por consiguiente pueden llegar a evolucionar en diversos trastornos, a partir del primer episodio de agresión.

5.2.5. Salud Mental

Como ya se mencionó, una de las repercusiones de la violencia que en la actualidad esta llamando la atención de los expertos, sin desmeritar ningún área, son las que tiene que ver con la salud mental de las víctimas. Pero antes de proseguir con la especificación de dichas afectaciones, es necesario aclarar a que hace referencia el término salud mental y cuales son sus implicaciones.

El concepto de salud mental a lo largo de la historia ha provocado un sin número de controversias dada la falta de acuerdos al respecto; perspectivas como la tradicionalista

concede a la salud como ausencia de enfermedad e inexistencia de síntomas, dejando de lado los casos en los que existe una disminución de la salud mental pero no se cumple con los criterios diagnósticos específicos; por otro lado existen las orientaciones que la conciben como un bienestar físico y mental, donde existe un equilibrio entre lo positivo y lo negativo con cierto predominio de los afectos positivos; o como calidad de vida, haciendo referencia a todos los caracteres tanto objetivos como subjetivos del individuo y su ciclo vital, sin abandonar el aspecto social, físico y psicológico del mismo, propuesta que pone como medio la satisfacción vital y las necesidades psicosociales para alcanzar la salud mental (García, 2004).

Según la Política Nacional en el Campo de la Salud Mental de Colombia, 2007; la salud mental constituye una construcción multidimensional en continuo movimiento, un bien colectivo e individual que permite el desarrollo personal y social, que a su vez genera la identificación, el cumplimiento y el restablecimiento de los derechos, gracias a su carácter simbólico, emotivo, relacional y transformador. Desde esta postura, el plano de la salud mental se constituye de las significaciones que cada ser humano hace de la realidad, como eslabón de un grupo social y que determina sus modos de relación y/o reacción al medio.

Sin embargo para fines investigativos, se entenderá a la salud mental como el estudio de la esfera biopsicosocial del proceso salud-enfermedad mental y todos los demás asuntos relacionados con la historia natural y social de los trastornos que pueden llegar a afectar desde su clasificación, frecuencia, distribución, etiología, hasta los factores de riesgo y protección, evolución, intervención y pronóstico; también se incluyen las múltiples metodologías utilizadas en el campo científico con el objetivo de estudiar e intervenir los problemas psicosociales manifiestos (Grupo de Investigación en Salud Mental, 2006)

En este campo se abarca esencialmente al sujeto en interacción con su realidad y la oportunidad que tiene éste para emitir un juicio de su contexto, que le facilite adaptarse al

mundo. En muchas ocasiones los problemas en la salud mental se derivan de los conflictos sociales o de problemas y trastornos a nivel de lo ideológico, pero que impactan las circunstancias en las cuales se producen, lo que se encuentra visible (Tajer, 2003).

El estado de salud mental, presencia o ausencia de problemas mentales, igualmente esta determinado por aspectos sociales y familiares, tales como la economía insuficiente, el desplazamiento, el analfabetismo, las condiciones de vivienda inadecuada o la falta de hogar, la mala alimentación, la trasgresión de derechos, la violencia, el desempleo, la falta de redes sociales de apoyo, la inexistencia de servicios de salud, la disfunción familiar, la ausencia de canales comunicativos entre los miembros de la familia, los problemas en el desarrollo cognitivo y social de los individuos, las discapacidades, las enfermedades físicas, las pautas de crianza y las habilidades para la interacción con el medio y demás aspectos sobre los que se puede intervenir para prevenir las posibles alteraciones en el bienestar biopsicosocial del individuo y por consiguiente mejorar las condiciones de la calidad de vida, asegurando el cumplimiento de los derechos humanos (Política Nacional del Campo de la Salud Mental, 2007).

En el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003, se entrevistaron a 4.544 individuos y se encontró que en el 40,1% de las personas, existe la posibilidad de padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida, otros de exhibirlo en los últimos 12 meses (16%) y algunos en el último mes (7,4%). Del mismo modo se logró especificar la presencia significativa de determinados trastornos teniendo en cuenta el género, siendo más comunes en las mujeres los cuadros Depresivos (14,9%) y las Fobias Específicas (13,9%) en relación a los hombres, que presentan Fobias Especificas en un 10,9% y Episodios Depresivos en 8,6%; por otro lado ambos sexos presentan porcentajes similares en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, hombres: 1,5% y mujeres: 1,2% y en el Trastorno Distímico, 0,6% y 0,7% respectivamente; asimismo en los dos géneros existe igualdad de prevalencia en cuanto

a la Fobia Social (5,1%), a diferencia de trastornos como el de Pánico y el de Estrés Postraumático, en los cuales hombres puntúan 0,6% y 0,8% y mujeres 1,7% y 2,5% correspondientemente, variando distintivamente (Gómez-Restrepo, 2004; Ministerio de Protección Social, 2005).

Como se puede ver el campo de la salud mental, es una esfera de gran relevancia, en la cual se están viendo reflejados, en pequeña y gran medida, los efectos de las conductas violentas en el marco de la víctima, la familia y la sociedad en general; teniendo en cuenta que en el interior del núcleo familiar se crean, transmiten y proyectan los elementos que permiten tener una adecuada estructuración de la personalidad y por consiguiente un desarrollo biopsicosocial integral, es de vital importancia que las circunstancias que vive un sujeto en el entorno familiar no estén cargadas de agresividad (Ávila, Escobar & Mesa, 2000).

5.2.6. Trastornos Psicológicos Asociados a la Violencia Intrafamiliar

Asociado a la violencia intrafamiliar se pueden presentar diferentes tipos de disfuncionalidad mental, por ejemplo, los conflictos psíquicos, en los cuales las discrepancias internas generan malestar explícito o implícito, leve, moderado o grave, exhibido en características no funcionales del carácter y patologías del comportamiento. Los trastornos mentales, entendiéndose como el conjunto de signos y síntomas clínicamente significativos interrelacionados con la sensación de malestar o de discapacidad. Por último, el trastorno psiquiátrico, se enmarca en los estilos de reacción, es decir, se responde a un estímulo anormal de forma normal o actúa de manera normal ante uno anormal; impidiendo la adecuada interacción con el medio (Calderón, 2001).

Entre estos tipos de disfunciones Matud (2004) y Díaz & Jiménez (2003) encontraron que las mujeres maltratadas y/o las personas testigos de cualquier tipo de agresión física y/o psicológico, específicamente de violencia intrafamiliar, tienden a exhibir en mayor proporción

síntomas depresivos y ansiosos, rasgos de estrés post-traumático, problemas de sueño, ideación suicida, somatizaciones y adicción a sustancias psicoactivas.

Igualmente se ha observado que existe una desmotivación, imposibilidad de creación, miedo constante, sentimientos de culpa, inexpressión de afectos u opiniones, la pérdida de motivación y alegría, desesperanza, fatalismo, disminución de las capacidades de invención, dificultades en la memoria, en la atención y concentración (Quirós, 2003; Saltigeral, Ramos & Caballero, 1998).

Autores como Labrador & Rincón (2002); Machuca (2001); Mainieri, (1999). Saltigeral, Ramos & Caballero (1998), entre otros, han asociado algunas de las repercusiones de la violencia intrafamiliar con los trastornos específicos del DSM IV TR, por ejemplo:

El trastorno depresivo encuadra a las personas que como reacción a las circunstancias manifiesta haber perdido el interés en las cosas que antes le gustaban o llamaban la atención, mantienen sentimientos de culpa, deseos de morir, tienen la sensación que sus movimientos son mas lentos de lo normal y no son capaces o se les dificultad expresar lo que están sintiendo o pensando respecto a lo que sucede a su alrededor.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, el que se relacionan en mayor proporción con el fenómeno en cuestión, es el trastorno de estrés postraumático, el cual se origina cuando el individuo ha vivido o presenciado un evento donde se puso en riesgo la seguridad e integridad de si mismo o de la otra persona, reaccionando con miedo, pánico y sentimientos de indefensión intensos; además se caracteriza porque el sujeto reexperimenta lo vivenciado, evita circunstancias que lo remiten al hecho traumático, exceso de activación fisiológica y mental, lo cual le genera dificultades en la concentración, irritabilidad y/o problemas de sueño.

Por último, entre los principales rasgos ansiosos que develan las víctimas de maltrato conyugal se encuentran el nerviosismo frecuente y sin razón, la intranquilidad, la

preocupación extrema y desmedida, las ideas trágicas, los deseos de desaparecer, el miedo a perder el control o la vida, los sentimientos de vergüenza, la confusión o percepción del entorno de modo no adecuado y algunos síntomas fisiológicos como hiperventilación, taquicardia, problemas digestivos, entre otras molestias relacionadas al estrés crónico; por lo cual es común encontrar diagnósticos asociados como el trastorno de angustia, el ataque de pánico o crisis de angustia, la fobia social, agorafobia u otras fobias específicas.

Por otro lado, en investigaciones como las realizadas por Lozano & Núñez (2007) y Castro & Mina (2008), se ha encontrado que las personas víctimas de violencia sexual y desplazamiento forzado respectivamente, exhiben rasgos patológicos o trastornos definidos como el Trastorno Depresivo y sus derivaciones, Riesgo Suicida, Trastornos Sexual, Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada, síntomas especialmente asociados al Trastorno de Estrés Postraumático; lo cual permite afirmar que la violencia, independiente del contexto y sus características, con lleva repercusiones importantes en las diferentes esferas del individuo, por lo cual se hace necesaria la intervención de profesionales capacitados en pro de la erradicación de este fenómeno.

5.3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS COGNITIVOS

5.3.1. Conceptos básicos

El presente proyecto está desarrollado bajo el enfoque cognitivo, el cual plantea que las percepciones de las experiencias que vivencian los sujetos interviene sobre las emociones y comportamientos de los individuos; los efectos que genera cada situación están determinados por la interpretación que hace cada persona de los mismos, es decir, los sentimientos están regulados por las explicaciones que preceden a cada circunstancia, no es la misma la que genera sensaciones. Es decir, los pensamientos generan emociones y estas a su vez precisan las conductas, dichos comportamientos refuerzan los pensamientos y estos a su vez equilibran el entorno en el cual cada individuo se mueve.

Para la posición cognitiva, el sujeto es un agente activo y dinámico, al igual que sus interpretaciones y problemáticas se plantean en términos cognitivos, analizando las dificultades a nivel del pensamiento, los sentimientos y los comportamientos; discriminando los factores desencadenantes que influyen en las sensaciones resultantes de las vivencias y se formulan hipótesis acerca de las circunstancias relevantes en la vida de los sujetos y los modelos recurrentes de interpretación que usan para cada situación.

El modelo cognitivo se ocupa principalmente de los procesos de pensamiento que trabajan simultáneamente con el estilo de pensamiento más evidente o más superficial de los seres humanos, con los pensamientos que emergen automáticamente sin que se hagan concretos o cuestionables a primera vista. Cada estado afectivo o emocional está determinado por patrones cognitivos específicos individuales, que pueden presentarse de forma consciente como son los pensamientos automáticos o inconscientes como los esquemas cognitivos.

Este enfoque trabaja a nivel de los problemas que manifiestan los pacientes, y el de los esquemas que surgen a través de las ideas disfuncionales que exteriorizan; estos esquemas suministran guías que direccionan las conductas cotidianas de los individuos, ya que las declaraciones y argumentos individuales intervienen en la forma en la que se perciben y recuerdan los eventos y estos a su vez, fortalecen estas ideas sin tener en cuenta la información que no esté de acuerdo con sus creencias (Beck, 2000; Calderón, 2004).

Del mismo modo, existen circunstancias internas o externas que movilizan contestaciones automáticas disfuncionales que impiden la adaptación adecuada de los sujetos a sus entornos, creando y manteniendo las conductas que favorecen los perfiles patológicos de pensamiento.

5.3.2. Componentes

La teoría cognitiva está compuesta por: La tríada cognitiva, los esquemas cognitivos y las distorsiones cognitivas. Según el Centro de Formación en Técnicas de Evaluación

Psicológica (s.f.), la triada cognitiva, hace referencia a los pensamientos acerca de uno mismo, de sus propias experiencias y de su futuro.

Los Esquemas, son unidades cognitivas implícitas, organizadas y rígidas conformadas por pensamientos y emociones realizadas como juicios ante las personas, las situaciones, el entorno o frente a uno mismo. Estas estructuras mentales son usadas para seleccionar la información del entorno, además de categorizarla y enjuiciarla.

Las características de estos esquemas son:

Son creencias incondicionales sobre la percepción de sí mismo y de su ambiente, son juicios desarrollados sin ser cuestionados como verdades absolutas.

Son resistentes al cambio y los sujetos los sienten como familiares, aun cuando sepan que estos son disfuncionales.

Los esquemas son generalizaciones que emergen de las experiencias vividas o casos que se observan y por esto, se encuentran albergados en la memoria.

Son el resultado de experiencias disfuncionales en los primeros años de vida, desarrollados en la infancia por medio del aprendizaje de conductas repetitivas internalizados de las personas cercanas.

Estas creencias son disfuncionales de manera relevante y son persistentes en la vida cotidiana de quien los mantiene, aunque hayan tenido en el pasado funciones adaptativas.

Generalmente, las percepciones de los individuos no se modifican por las condiciones del ambiente, si no que ellos distorsionan sus visiones para adaptarlas a sus creencias.

Un tipo específico de estos esquemas, son los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs), los cuales están ambientalmente determinados. Estas son estructuras estables y duraderas que se construyen en la infancia y se mantienen durante toda la vida de los sujetos y por medio de los cuales se procesa la información (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Otros autores como Lopera (1995), define los EMTs como estructuras mentales firmes y constantes, que se establecen desde los primeros años y perduran durante toda la vida de los individuos, sirviendo como plantillas que repercuten en los comportamientos futuros; estos son propios de los trastornos de personalidad.

Inicialmente en Young (1999); Young, Klosko, & Weishaar (2003), fueron planteados 18 esquemas como componentes básicos para los trastornos de personalidad, entre los que se encuentran: abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, deprivación emocional, imperfección/vergüenza, aislamiento social/alienación, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad frente al daño o enfermedad o fracaso, intitulación/grandiosidad, autocontrol insuficiente/autodisciplina, subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación/ búsqueda de reconocimiento, negatividad/pesimismo, inhibición emocional, estándares rígidos/hipercriticismo y punición; sin embargo éstos elementos han sido reevaluados y validados por diferentes autores en determinadas poblaciones, como ocurre con Castrillón et al (2005), quienes lo hicieron a nivel de Colombia, seleccionando nueve de los esquemas descritos inicialmente, los cuales son retomados para esta investigación y definidos a continuación:

Abandono: Que hace referencia a las creencia de que las relaciones afectivas significativas se acabarían esporádicamente por que las otras personas son inestables, impredecibles, que cometen errores o que los abandonarían por otra persona mejor.

Insuficiente Autocontrol: Dificultad recurrente para autocontrolarse y tolerar la frustración, del mismo modo que para no expresar sus propias necesidades, emociones e impulsos.

Desconfianza - Abuso: Es la percepción de que otros realizarían hacia sí mismo, daño emocional de forma intencionada o a causa de abandono o descuido intenso.

Deprivación Emocional: Comprende las ideas en torno a la no satisfacción de las propias necesidades de tipo emocional.

Vulnerabilidad al daño y a la Enfermedad: Es la forma de pensamiento bajo la cual se está a la expectativa de que en cualquier momento sucederá un evento catastrófico de tipo medico, emocional o natural.

Autosacrificio: Es el desplazamiento de las propias necesidades y satisfacciones para delegar sus propias gratificaciones por las de los demás.

Estándares inflexibles: Hace referencia al pensamiento sobre lo que se hace nunca es bueno, siempre deben esforzarse más por lo que hacen para hacerlo mejor, posee rigidez extrema y metas inalcanzables.

Inhibición Emocional: Consiste en la exagerada represión de los sentimientos con el objetivo de agradar a los demás, de no ser desaprobado, no perder el control de si mismo y de sus impulsos.

Derecho / Grandiosidad: Es ideación de ser mejor que los otros porque posee privilegios, no existe para ellos la reciprocidad y son excesivamente competitivos.

Inmaduro / Complicado: Involucra la idea de no poder sobrevivir sin el apoyo constante de la otra persona, dada la intensidad del vínculo afectivo, generalmente éste se establece con las figuras significativas, como los padres.

Para terminar, siguiendo con los componentes de la teoría cognitiva, se encuentran las distorsiones, las cuales son producidas por los esquemas nombrados anteriormente, estas pueden bloquear la adecuada adaptación y reforzar los esquemas de los cuales provienen.

Algunas de estas distorsiones cognitivas son: Pensamientos dicotómicos, lectura de mentes, raciocinio emocional, generalizaciones, pensamientos catastróficos, atención selectiva y personalización (Calderón, 2004).

5.3.3. *Perfiles cognitivos*

Como afirma Horney (1950, citado por Beck & Freeman, 1999), los perfiles cognitivos son estrategias individuales o tipos de personalidad que se utilizan cuando existen relaciones interpersonales, como posiciones que ocupan las personas frente a las situaciones que los otros le plantean. Generalmente estas habilidades suelen ser funcionales, pero se consideran patológicas cuando: causan conflictos que terminan en padecimiento para los sujetos y cuando conllevan a dificultades con otras personas o dentro de la sociedad.

Además de lo anterior, un trastorno de personalidad contiene un conjunto de creencias, actitudes, afectos y estrategias que se manifiestan en conductas disfuncionales o asociales. Así como una persona puede presentar rasgos de un solo tipo de trastorno, puede existir comorbidad manifestándose características de varios de ellos en el mismo cuadro diagnóstico.

Estos rasgos de personalidad, surgen a partir de diversos factores como la predisposición genética, la identificación con personas cercanas de la familia, como forma de compensación a agentes que resulta difícil aceptar (como el miedo) o como resultado de los refuerzos que las otras personas emiten ante la estrategia.

Dentro de cada perfil existen ciertas pautas de comportamiento denominadas hipertrofiadas o hiperdesarrolladas e infradesarrolladas, es decir, algunas conductas y características se presentan en mayor o menor medida, compensan algún auto concepto y sirven de guía para responder a experiencias particulares del desarrollo.

Los perfiles se clasifican en:

Perfil Obsesivo Compulsivo, estos sujetos, están guiados por el control, sesgados por sus “deberías” y el orden, son perfeccionistas y se valoran como personas ineptas o desvalidas, con constantes miedos por no poder cumplir sus actividades, se sienten constantemente amenazados por la creencia de poseer defectos, errores, ser desorganizados o

imperfectos; guían todas sus conductas por reglas, normas y deberes; ejercen un examen frecuente sobre su propia conducta y constantemente se reprochan y castigan a sí mismos.

Perfil Obsesivo Exigente, en este perfil, los sujetos tienden juzgar, censurar y criticar en mayor grado a los otros. Son rígidos, obsesivos, perfeccionistas, piensan que deben estar siempre presentes para que las cosas salgan bien, están predispuestos por la premisa “debería”, por sus temores de equivocarse, por sus normas estrictas y por las fuertes autocríticas.

Perfil Pasivo – Agresivo, en este caso, los sujetos desean tener reconocimiento y aceptación por parte de sus figuras de autoridad, pero lo ocultan. Generalmente están persistentes fluctuando entre el pretender conseguir las ventajas que trae el obedecer a la autoridad y el querer conservar su autonomía, por este motivo se comportan de forma dócil, pero sulfurada en contra de los superiores, debido a la ideación sobre el abuso que la misma le puede infringir, del mismo modo, los ven como intrusivos, dominantes, controladores. Generalmente, se sienten amenazados por el temor a perder su libertad o a no ser aprobados y experimentan ira y cólera de forma constante.

Perfil Histriónico, estas personas son expresivas, emotivas y buscan cautivar e impactar a los demás con sus comportamientos; se perciben a sí mismas como encantadoras, maravillosas y dignas de toda la atención de los demás y su estado de ánimo y nivel de autoestima depende de la atención que los demás les brindan; se sienten heridos cuando no consiguen ser el centro de los demás y asumen como injusto el hecho de que no se les veneré. La mayoría de ellos, posee baja tolerancia a la frustración, para alcanzar lo que desean o castigar a quienes sienten que les han hecho daño lloran, son agresivos o manifiestan conductas suicidas.

Perfil Narcisista, los individuos que presentan estos rasgos, se exaltan a ellos mismos, se consideran especiales y únicas, afirman que son superiores a quienes les rodean y

generalmente, están en busca de la admiración de los demás para fortalecer sus ideas, pero cuando los demás no les brindan dicha atención su estado de ánimo se vuelve irritable, con sentimientos de rabia, vergüenza y humillación y se sienten frustrados; también pueden exigir, humillar y maltratar a los otros para satisfacer sus propias necesidades; son indiferentes y odiosos con respecto a los derechos de los demás.

Perfil Esquizoide, para este perfil, los individuos evitan las relaciones interpersonales, sacrifican la intimidad de las relaciones para conservarse libres y autónomos, prefieren estar a solas y se consideran autosuficientes, son desapegados, aislados, desconfían de los demás y por ello prefieren no comprometerse; son dramáticos y subjetivos a la hora de evaluar las situaciones, dan interpretaciones de los demás y de las circunstancias desde los estados afectivos experimentados en cada contexto, para ellos los demás son intrusivos y poco gratificantes.

Perfil Límite, aquí se hallan características como ausencia de objetivos concretos, ineficiente control de impulsos, necesidad recurrente de protección, seguridad y motivación para permanecer estables; se perciben como vulnerables, sensibles a las pérdidas de redes de apoyo, al igual que a la soledad y el aburrimiento y evidencian un alto grado de dependencia.

Perfil Paranoide, son sujetos desconfiados, en la mayoría de las situaciones, incluso cuando la confianza resultara ser adaptativa; generalmente, estos individuos se consideran rectos y se sienten vulnerados por los demás a quienes consideran como manipuladores, mentirosos, traicioneros o que están conspirando en contra de ellos; la principal idea de amenaza que ronda en sus pensamientos es la de creer que las personas cercanas están intentando hacerles daño de forma oculta o sin que ellos sospechen (Beck & Freeman, 1999; Londoño, Maestre, Marín, Schnitter, Castrillon, Ferrer & Chavez, 2007).

Es así como cada trastorno está compuesto por rasgos y/o perfiles que determinan las respuestas ante las diferentes situaciones cotidianas que se vivencian; cada persona está

compuesta por un conjunto de herramientas cognitivas que direccionan sus comportamientos, a través de los cuales forma las percepciones y las interacciones consigo mismo y con el mundo.

5.3.4. Estrategias de Afrontamiento

Como lo plantean Lazarus y Folkman, 1986; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín & Estévez, 2005; Lozano & Núñez, 2007; las estrategias de afrontamiento engloban las posturas que asumen los individuos ante ciertas situaciones de la cotidianidad, porque las circunstancias siempre son las mismas para todos los individuos, lo que varía es la interpretación que cada uno hace de las mismas, dicha percepción a su vez determina la posición del sujeto, la reacción emocional y comportamental.

Martín, Jiménez & Fernández-Abascal (s.f.) plantean la diferencia entre los estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, los primeros hace referencia a las tendencias personales para enfrentar los sucesos y son los que determinan que se recurra mas a una estrategia que a otra; en oposición de las segundas que se refieren al proceso en sí, el procedimiento concreto que se emplea en cada escenario vital y pueden cambiar según las consecuencias que su uso genere, estas son variables y acordes a las condiciones.

Por otro lado, el proceso de las estrategias de afrontamiento puede tener tres focos de atención u orientación, el primero se dirige al problema, por cual el individuo intenta definirlo y encontrar las opciones de solución para el mismo; el segundo se enfoca en la emoción, el sujeto desea disminuir su malestar emocional, equilibrando los afectos afines con la situación y por último, esta el afrontamiento orientado a la evitación, donde las operaciones cognitivas y comportamentales se encauzan a evadir las repercusiones de los hechos que se le presentan diariamente (Endler & Parker, 1990, citados por Martín, Jiménez & Fernández-Abascal, s.f.)

Dicho proceso se da en tres etapas distinguibles, en primera instancia la persona tiende a predecir las posibilidades de que el evento suceda o no y cual va a ser su reacción si lo podrá manejar o no; este tipo de pensamientos y sentimientos generados determina a futuro sus acciones, esta etapa se conoce como anticipación. Posteriormente, se da el impacto o la confrontación con la realidad, en este momento todo lo pensado y pronosticado se compara con las condiciones actuales, se reevalúa y redefine la situación; finalmente se vive el postimpacto o postconfrontación donde se generan nuevos pensamientos y posturas y a pesar que se culmine el proceso, el sujeto sigue pensando respecto a lo acontecido y a los futuros sucesos (González, Rojas, Santana, & Ballester, 2005; Lazarus y Folkman, 1986).

Retomando a Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre-Acevedo, (2006), entre las estrategias de afrontamiento se pueden encontrar:

Solución de Problemas, hace referencia al análisis y la búsqueda de los por qué y para qué de la dificultad, para así generar las respectivas alternativas de solución.

Búsqueda de Apoyo Social, el sujeto demanda la atención, opinión y ayuda de los demás.

Espera, cuando se utiliza esta estrategia el individuo permanece estático ante los acontecimientos considerando que estos pueden llegar a resolverse por si solos.

Religión, se refiere a todas las posturas asumidas que se enmarcan en las plegarias y la invocación al ser superior –Dios–, requiriendo tolerancia ante los hechos y si es posible la solución de los mismos.

Evitación Emocional, involucra las acciones por medio de las cuales se evita la expresión de sentimientos y emociones, por miedo a la desaprobación social o por la carga que tiene la apertura emocional.

Búsqueda de Apoyo Profesional, el individuo busca el apoyo de gente especializada para enfrentar, solucionar y asumir las consecuencias de la contrariedad.

Reacción Agresiva, quien utiliza esta estrategia pronuncia su irritación y hostilidad explícitamente sin importar los efectos que esto tenga en los demás o en si mismo.

Evitación Cognitiva, aquí se incluyen las acciones cognitivas que se llevan a cabo con el propósito de apartar o anular los pensamientos que están perturbando el statu quo.

Reevaluación Positiva, la persona intenta extraer los elementos beneficiosos de la situación.

Expresión de la dificultad de afrontamiento, el sujeto presenta dificultades para manifestar abiertamente su reparo para enfrentar sus reacciones ante las circunstancias.

Negación, involucra las acciones orientadas a ocultar el problema y alejarse del mismo, intentando no preocuparse por la contrariedad y sobrellevar mejor los demás asuntos de la vida.

Autonomía, abarca los comportamientos y pensamientos que tratan de solucionar el inconveniente individualmente sin tener en cuenta la opinión o postura de los demás, ya sean seres cercanos o no.

A partir de lo anterior, se puede observar que el individuo puede asumir un sinnúmero de posturas cognitivas y conductuales antes las circunstancias del entorno, respuestas que le permiten actuar en aras al mantenimiento de su equilibrio biopsicosocial y evitar futuras complicaciones.

Para concluir se puede decir que los procesos cognitivos intervienen en lo que vive y experimenta el ser humano, dotándolo de elementos como estructuras de pensamiento, estrategias de afrontamiento, esquemas y perfiles cognitivos y demás cogniciones, que le permiten interactuar con el mismo y con el mundo, además de proporcionarle algunas nociones para reaccionar ante circunstancias futuras; si este proceso se lleva a cabo de manera positiva, es decir, funcional, el sujeto tendrá un estado de salud mental adecuado, en caso contrario, tenderá a desarrollar patrones de comportamiento y pensamiento patológicos.

6. MÉTODO

6.1. Tipo de Investigación

La investigación se realizó a nivel Descriptivo para determinar la presencia y clasificar los trastornos de salud mental según el DSM – IV R, además de las características psicológicas como perfiles cognitivos de los trastornos de personalidad, esquemas maladaptativos tempranos y las estrategias de afrontamiento asociados a la violencia intrafamiliar. La utilización de este tipo de estudio tiene como propósito especificar y describir las propiedades, características y rasgos importantes de las personas que participan en el mismo.

6.2. Diseño

Se implementó el diseño correspondiente a un estudio no experimental, de corte transversal.

6.3. Participantes

Se trabajó con personas mayores de dieciocho años víctimas de violencia intrafamiliar que asistieron a denunciar a la Fiscalía General de la Nación seccionales Bucaramanga y Floridablanca.

6.4. Muestra

Se entrevistaron 200 personas mayores de dieciocho años víctimas de Violencia Intrafamiliar distribuidos en 168 mujeres y 32 hombres con un rango de edad entre 18 y 67 años y un promedio de 35 años, con un nivel educativo predominantemente medio (Primario: 43% y Bachillerato: 39%), residentes en la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca.

6.5. Lugar

Fiscalía General de la Nación - Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVIF) Seccional Bucaramanga y Sala de Atención al Usuario (SAU) Seccional Floridablanca.

6.6. Instrumentos

La descripción de los instrumentos fue tomada del proyecto en ejecución que se está llevando a cabo en Colombia a cargo de Maestre, Londoño, Palacio, Jiménez, Muñiz, Hewitt, et al (2006):

Entrevista estructurada M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) (MINI, 2000), entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. La M.I.N.I está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos o no.

Modulo A: Episodio Depresivo Mayor: alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos en donde la persona expresa haberse sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días y ha tenido pérdida del interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban .

Módulo B: Trastorno Distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años, en los cuales se ha sentido desanimado o deprimido.

Módulo C: Riesgo de Suicidio: ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto, ha querido hacerse daño, ha pensado en el suicidio, ha planeado como suicidarse o ha intentado hacerlo.

Módulo D: Episodio (Hipo) Maníaco: se ha presentado un periodo de tiempo en el cual la persona se ha sentido exaltado, eufórico o tan llena de energía o segura de si mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que no estaba en su estado habitual (sin considerar periodos de intoxicado con drogas o alcohol. Persistentemente ha estado irritado por varios días, ha tenido discusiones, peleaba, o les gritaba a personas fuera de su familia, otros han notado que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparando a otras personas.

Módulo E: Trastorno de Angustia: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. En más de una ocasión, la persona ha presentado crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o intranquilo, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así, alcanzando un máximo de expresión en los primeros 10 minutos. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

Módulo F: Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia: como el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil.

Módulo G. Fobia Social: Se caracteriza por un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. En el pasado mes, la persona tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación, incluyendo cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.

Módulo H: Trastorno Obsesivo-Compulsivo: presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdida de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En el último mes la persona se ha sentido molesta con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas, como la idea de estar contaminado, sucio o tener gérmenes, o miedo a contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.

Módulo I: Trastorno por Estrés Postraumático: aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, y se ha respondido con temor intenso, terror o impotencia, ha revivido el evento de una manera angustiosa (ej. Lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas).

Módulos J: Abuso y dependencia de alcohol: grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia alcohólica a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de bebidas alcohólicas.

Módulo K: Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas: grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancias no alcohólicas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de las sustancia. En los últimos doce meses se ha tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de animo: Estimulantes: anfetaminas, “speed”, cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes. Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, “speedball”. Narcóticos: heroína, morfina, dilaudid, opio, demerol, metadona, codeína, percodan, darvon. Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, “peace pill”) “psilocybin”; hongos éxtasis, MDA, MDMA. Inhalantes: pegamento, “éter”, óxido nitroso, (“laughing gas”), “amyl” o “butyl nitrate” (“poppers”). Marihuana: hashish, thc, pasto, hierba, mota “reefer”. Tranquilizantes: qualude, seconal (“reds”), valium, xanax, librium, ativan, dalmane, halción, barbitúricos, “miltown”. Tranquimazin: lexatin, orfidal. Otras drogas: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. Cualquier otra droga, especificarla.

Módulo L: Trastornos Psicóticos: Mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes en una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espiaba, conspiraba o trataba de hacerle daño, ha tenido la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que podría leer o escuchar los pensamientos de otros, ha creído que alguien o que una fuerza externa ha metido pensamientos ajenos en su

mente o le hicieron actuar de una manera no usual, ha tenido la impresión de que está poseído, ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces.

Módulo M. Anorexia Nerviosa: consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo. En los últimos tres meses la persona ha evitado engordar, ha temido ganar peso o ponerse gorda.

Módulo N. Bulimia Nerviosa: consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, en donde la autovaloración se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. En los últimos meses se ha dado atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimento en un período de 2 horas, al menos dos atracones por semana.

Módulo O. Trastorno de Ansiedad Generalizada: ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa en un período superior a 6 meses y que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La persona se ha sentido preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos seis meses, todos los días.

Módulo P: Trastorno Antisocial de la Personalidad: patrón general de desprecio o violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o a principios de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Antes de cumplir los quince años faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia, mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia, iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba, destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos, maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente, ha forzado a alguien a tener relaciones. Después de cumplir los quince años se ha comportado repetidamente de una forma que otros consideran irresponsable como no

pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse, ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (Ej.: destruir alguna propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito), ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos), ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse, ha expuesto a otros a peligros sin que le importara, no ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros.

Módulo Q: Trastornos Sexuales: la actividad sexual genera malestar o dificultades en la relación interpersonal, generalmente acompañada por una significativa pérdida del interés en la actividad sexual, fantasías y deseos sexuales, lo que lleva a la evitación del contacto genital con la pareja; cuando se tiene actividad sexual hay retraso en la consecución del orgasmo o dolor en genitales tras la culminación de la relación.

Young Schema Questionnaire YSQ-L2 (Castrillón, Chavez, Ferrer, Londoño, Maestre, Marin et al, 2005). Desarrollado por Young para evaluar los esquemas maladaptativos tempranos y fue validado en Colombia, por medio de la aplicación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition en la ciudad de Medellín, en una muestra aleatoria y representativa de 1419 estudiantes universitarios. El instrumentó arroja una alta confiabilidad que oscila entre el .071 y el 0 .85 según el alfa de Crombach.

Cuestionario de contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad CCE-TP (Londoño, et al. 2005). Consta de 29 ítems y evalúa los contenidos esquemáticos de los trastornos de la personalidad, entre los que se encuentran perfiles cognitivo paranoide, cognitivo esquizoide, cognitivo histriónico, cognitivo límite, cognitivo narcisista, cognitivo obsesivo compulsivo, cognitivo obsesivo – exigente, cognitivo pasivo-agresivo. Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de las creencias

y el grado en que ésta lo describe. Este cuestionario obtuvo una alta confiabilidad entre el 0.68 y el 0.85, mediante el alfa Crombach.

Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M (Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango & Aguirre-Acevedo, 2006). Consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento al estrés y está basado en la teoría de Lázarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1986). Entre las estrategias de afrontamiento al estrés que evalúa se encuentran: Solución de Problemas (SP), Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Espera (ESP), Religión (REL), Evitación Emocional (EE), Reacción Agresiva (RA), Evitación Cognitiva (EC), Reevaluación Positiva (EP), Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Negación (NEG) y Autonomía (AUT). Este cuestionario obtuvo alta confiabilidad de 0,847, de acuerdo al alfa de Crombach.

6.7. Procedimiento

- Etapa 1: Revisión bibliográfica, Revisión de preparación de protocolos y consentimientos informados, preparación de las bases de datos, preparación del material de discusión y remisión.

- Etapa 2: Trabajo de campo, se administró la Entrevista Psiquiátrica estructurada M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview), el Cuestionario de Esquemas YSQL₂, el Cuestionario de Contenidos Esquemáticos de los Trastornos de Personalidad CCE-TP y La Escala de Estrategias de Coping Modificado EEC-M (Ver Anexo).

- Etapa 3: Análisis estadístico y evaluación de resultados, se realizó el análisis de frecuencias para establecer los trastornos mentales que presentan los participantes y se identificaron como variables criterio los trastornos de mayor prevalencia. Se establecieron características psicológicas (Perfiles Cognitivos, Estrategias de Afrontamiento y Esquemas Maladaptativos Tempranos) más prevalentes.

- Etapa 4: Una vez analizada la información, se procedió a su contrastación con los referentes teóricos y la construcción del presente informe.

7. RESULTADOS

En el siguiente apartado, se describen los resultados encontrados durante la presente investigación a partir de la tabulación y análisis realizado por medio del paquete estadístico SPSS 14.0 de los datos recolectados con la muestra. En primer lugar, se establecieron los estadísticos descriptivos para los datos sociodemográficos de la muestra.

Posteriormente, se analizaron las estrategias de afrontamiento de acuerdo a los mismos datos sociodemográficos, es decir, se realizó una comparación de medias para estrategias de afrontamiento por sexo, un Anova para estrategias por estado civil, nivel educativo y por nivel socioeconómico y se determinaron los porcentajes obtenidos para cada una de las estrategias.

Así mismo, con los perfiles cognitivos de los trastornos de personalidad, se desarrolló una comparación de medias por sexo para cada uno de los perfiles, seguido por un análisis Anova para el estado civil, el nivel educativo y socioeconómico y los respectivos porcentajes de la presencia de estos perfiles para la muestra poblacional estudiada, de acuerdo con los baremos establecidos.

Del mismo modo, con los esquemas maladaptativos tempranos, se realizó un cálculo para comparar las medias para los diversos esquemas evaluados por sexo y después se realizó los cálculos para anova correspondientes al estado civil, el nivel educativo y el nivel socioeconómico; igualmente, se describieron los porcentajes de la presencia de los esquemas maladaptativos tempranos, de acuerdo con los datos normativos.

Para terminar, se realizó el análisis estadístico de los trastornos del eje I evaluados con la M.I.N.I., para los cuales se estableció una comparación de medias para trastornos mentales, un Anova para estado civil, uno para nivel educativo y se determino la prevalencia de los trastornos mentales para las víctimas de violencia intrafamiliar que participaron en este proyecto.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos $N = 200$

Edad	Media	Desviación Típica	Máximo	Mínimo		
	35,27	10,93	67	18		
Sexo	Femenino		Masculino			
	84%		16%			
Estado Civil	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo	Separado	
	18%	32%	40%	2,5%	7,5%	
Nivel Educativo	Ninguno	Primaria	Bachillerato	Superior		
	4%	43%	39%	13%		
Estrato	1	2	3	4	5	6
	34%	30%	23%	10%	2%	0.5%

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos referentes a los datos demográficos característicos de la muestra seleccionada, evidenciando que la mayoría de los evaluados corresponde al sexo femenino; (84%) en cuanto a la variable edad, el promedio se establece en 35, 27 años de vida, en un rango de 18 a 67 años; por otro lado se puede observar que la unión libre prevalece entre el estado civil de los participantes(40 %), dejando en último lugar a las personas viudas(2,4%). En lo que se refiere a la educación de los participantes, el común entre ellos son los primeros grados de escolaridad (43%) y finalmente, el nivel socioeconómico, presenta un porcentaje relevante en el estrato uno (34%) y dos (30%), siguiéndolos el tres (23%) y en último lugar el seis (0.5).

En la tabla (2), se especifican las estrategias de afrontamiento que son usadas con mayor frecuencia en los hombres y las mujeres evaluados: A pesar de que no hay diferencias estadísticas significativas, los participantes difieren en el factor evitación cognitiva (17,91) y se semejan en los puntajes de evitación emocional (27,78) con relación a la variable sexo. El factor Reevaluación positiva (20,70), la negación (10,13) y la autonomía (6,84) son las más prevalentes en hombres y la búsqueda de apoyo social (29,26) y profesional (16,31), la espera (29,52), la religión (29,86), la reacción agresiva (14,39) y la expresión de la dificultad de Afrontamiento (13,01) en las mujeres.

Tabla 2

Comparación de Medias para Estrategias de Afrontamiento por sexo (n=200)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	MEDIA		DESVIACIÓN TIPICA		t
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	
Solución de Problemas	34,75	36,16	7,83	7,23	- 0,94
Apoyo Social	29,26	26,81	8,11	10,38	-1,49
Espera	29,52	28,88	10,78	9,17	0,32
Religión	29,86	28,03	9,83	9,24	0,97
Evitación Emocional	27,04	27,78	8,51	8,62	-0,45
Apoyo Profesional	16,31	14,50	7,73	7,41	1,22
Reacción Agresiva	14,39	14,16	5,69	5,91	0,21
Evitación Cognitiva	7,93	17,91	5,43	6,18	0,02
Reevaluación Positiva	19,69	20,70	5,38	4,99	-1,03
Expresión de Dificultad de Pensamiento	13,01	12,50	3,93	4,57	0,66
Negación	9,82	10,13	4,32	4,63	-0,37
Autonomía	5,88	6,84	3,15	3,49	-1,56

A continuación en la tabla (3), se puede observar que la estrategia de afrontamiento más utilizada por la muestra poblacional a excepción de los viudos es la solución de problemas ($x=36,20$) y la menos usada es la autonomía ($x=5,31$) al igual que las personas viudas, quienes a su vez recurren en mayor proporción a la religión ($x=36,80$) como estrategia de afrontamiento. Sin embargo, se puede apreciar que la diferencia estadísticamente significativa, se presenta en Reacción Agresiva ($x= 17,67$), Expresión de Dificultad de Afrontamiento ($x=13,93$) y Negación (11,04), donde las personas separadas y las que viven en unión libre puntúan más alto respectivamente.

Tabla 3

ANOVA para Estrategias de Afrontamiento por Estado Civil (n=200)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	MEDIA					DESVIACIÓN TÍPICA					F
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V	SP	
Solución de Problemas	34,03	34,92	35,25	36,20	35,60	6,90	8,63	7,04	5,02	10,25	0,21
Apoyo Social	29,97	26,55	29,75	31,00	30,67	8,39	8,66	7,86	14,04	8,89	1,82
Espera	28,72	27,36	31,41	29,40	29,27	10,01	10,90	10,39	8,14	10,75	1,38
Religión	27,11	29,17	29,90	36,80	32,93	12,69	8,88	8,92	8,53	8,51	1,79
Evitación Emocional	27,50	24,78	28,94	24,20	27,93	8,95	7,70	8,58	4,02	9,67	2,39
Apoyo Profesional	15,53	15,19	16,38	18,80	17,93	8,51	7,70	7,89	7,60	10,16	0,66
Reacción Agresiva	12,86	12,94	15,69	12,00	17,67**	4,92	5,53	5,54	3,74	7,06	4,45
Evitación Cognitiva	19,19	16,64	18,69	15,40	17,13	5,76	5,73	4,99	5,94	6,12	2,09
Reevaluación Positiva	20,33	19,34	19,80	23,00	20,20	5,25	6,2	4,53	2,34	6,11	0,67
Expresión de Dificultad de Afrontamiento	12,03	12,19	13,93*	10,20	13,87	4,05	4,20	3,82	3,35	3,36	3,12
Negación	9,81	8,59	11,04*	8,00	9,80	4,63	4,05	4,15	2,83	5,18	3,17
Autonomía	6,06	5,31	6,48	6,60	6,47	2,8	3,18	3,33	4,56	3,16	1,29

S= soltero C= Casado UL= Unión Libre V= Viudo SP= Separado
* p < 0,05 ** p < 0,01

En la tabla 4 se hace referencia a las Estrategias de Afrontamiento en correlación con el nivel educativo; siendo la estrategia de afrontamiento más utilizada por las personas que participaron en esta investigación es la solución de problemas (37,58) en todos los niveles excepto en el primero –ninguno- (33,50) para el cual la puntuación mayor fue la espera (39,38); todos los sujetos señalaron la autonomía (8,75) con una frecuencia inferior a las demás estrategias. Se encontraron diferencias significativas en el factor espera en el nivel educativo ninguno (39,38), en la evitación emocional (28,71) en primaria, Expresión de dificultad de afrontamiento en la variable ninguno (14,63) y autonomía (8,75).

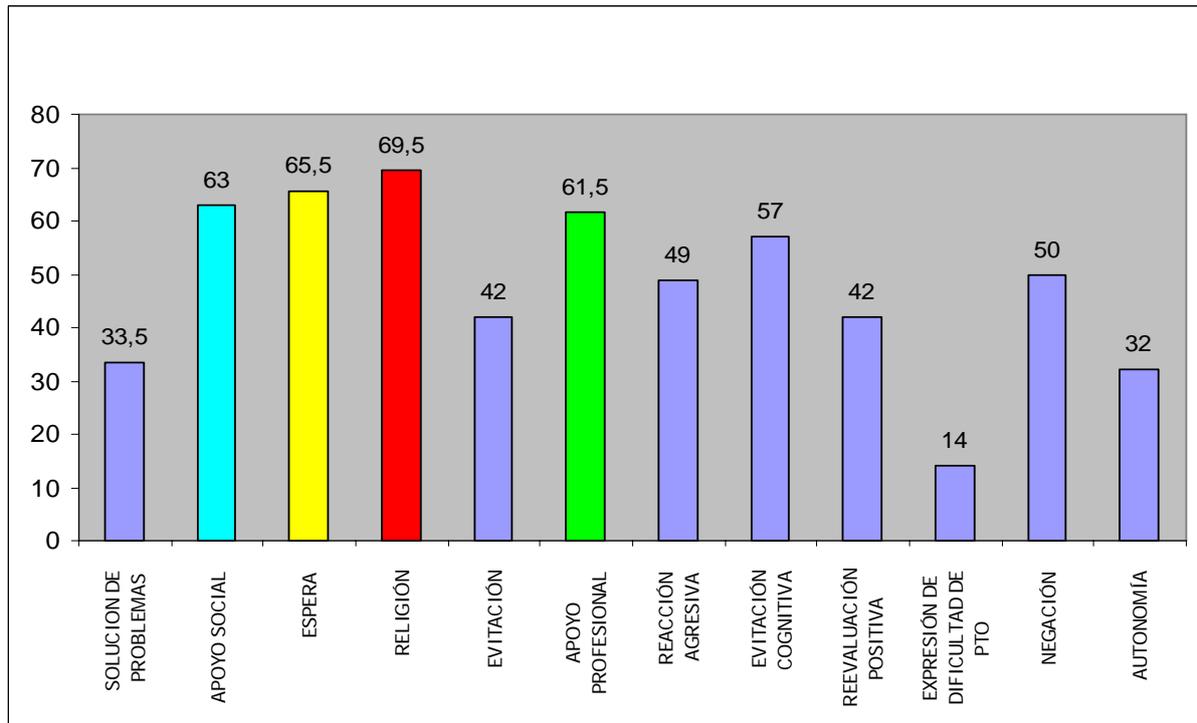
Tabla 5

ANOVA para Estrategias de Afrontamiento por Nivel Socioeconómico (n=200)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	MEDIA					DESVIACIÓN TIPICA					F
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Solución de Problemas	34,07	34,84	34,98	38,40	31,50	6,73	8,06	8,35	7,73	6,56	1,45
Apoyo Social	29,15	28,87	28,43	28,00	31,00	8,2	8,48	9,56	8,25	6,68	0,16
Espera	30,60	30,74	28,24	23,85	33,75	9,18	11,7	10,21	10,1	11,70	2,23
Religión	27,40	31,28	30,09	28,75	40,00*	9,95	8,95	8,04	8,24	27,21	2,61
Evitación Emocional	28,19	27,85	25,20	27,30	22,25	8,85	8,72	7,9	8,03	4,57	1,30
Apoyo Profesional	14,68	17,18	14,61	20,50*	12,75	7,55	7,6	7,51	7,42	4,27	3,28
Reacción Agresiva	14,79	13,80	14,50	14,70	13,75	5,80	5,41	5,61	6,46	7,68	0,27
Evitación Cognitiva	19,37	16,85	17,57	17,35	17,75	4,89	5,85	5,97	5,21	5,68	1,85
Reevaluación Positiva	19,81	19,74	19,91	20,40	18,75	4,27	5,62	6,42	5,47	4,57	0,10
Expresión de Dificultad de Pensamiento	12,96	13,75	12,37	12,35	10,00	3,79	4,3	4,02	4,00	2,83	1,50
Negación	11,01	9,67	9,33	8,10	9,25	4,10	4,77	4,25	3,39	4,99	2,28
Autonomía	6,21	6,44	5,63	5,40	5,25	3,03	3,49	3,34	2,91	2,36	0,72

* p < 0,05

El siguiente gráfico muestra en qué porcentajes los participantes usan las Estrategias de Afrontamiento que fueron evaluadas a partir de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), datos que fueron extraídos teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos por Londoño et al (2006), siendo el factor Religión con un 69,5% el más usado por los participantes, seguido del Factor Espera con el 65,5%, Apoyo Social 63% y Apoyo profesional con 61,5%. Los porcentajes más bajos o las estrategias utilizadas en menor proporción por esta población son la Expresión de Dificultad de Pensamiento con un 14%, la Autonomía con el 32%, Evitación y Reevaluación Positiva con el mismo promedio 42% y la Solución de problemas 33.5%.

*Gráfico 1**Estrategias de Afrontamiento por Porcentajes*

Posteriormente, en la tabla 6 se muestra la comparación de medias para los Perfiles Cognitivos de trastornos de Personalidad por Sexo, siendo el Perfil Paranoide el más prevalente tanto en hombres (21,47) como mujeres (22,79) y el Perfil Narcisista el que se presenta en menor proporción ($M=8,32$ y $F=9,27$). Del mismo modo se encuentran diferencias estadísticas significativas a nivel de 0,05 en los Perfiles Pasivo – Agresivo y Narcisista.

En lo que se refiere a la tabla 7 se especifica la correlación entre los Perfiles Cognitivos y el Estado Civil, encontrándose diferencias estadísticas significativas a nivel de 0,05 en el Perfil Limite (16,80) en el estado civil unión libre. Existe mayor frecuencia del Perfil Histriónico en las personas solteras y viudas, con medias de 20,47 y 22,20 respectivamente y del Perfil Obsesivo Compulsivo en los entrevistados que viven en unión libre (18,94) o están casados (18,41).

Tabla 6

Comparación de Medias para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad por sexo (n=200)

PERFILES	MEDIA		DESVIACIÓN TÍPICA		t
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	
Obsesivo compulsivo	18,43	18,59	4,57	3,31	-0,19
Obsesivo Exigente	7,49	7,06	2,97	3,11	0,74
Pasivo – agresivo	12,30*	10,81	3,86	3,76	2,00
Histriónico	20,11	19,00	6,03	6,35	0,94
Narcisista	9,27*	8,22	2,50	2,91	2,13
Esquizoide	8,92	9,34	4,19	4,43	-0,52
Limite	15,82	14,09	6,11	5,58	1,66
Paranoide	22,79	21,47	7,46	8,96	0,86

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tabla 7

ANOVA para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad por Estado Civil

PERFILES COGNITIVOS	MEDIA					DESVIACIÓN TÍPICA					F
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V	SP	
Obsesivo compulsivo	17,78	18,41	18,94	18,00	17,87	3,78	4,56	4,51	4,42	4,53	0,53
Obsesivo Exigente	6,50	7,23	7,71	6,80	9,07	2,50	2,95	3,16	3,11	2,74	2,35
Pasivo – agresivo	10,75	12,55	12,08	11,80	13,13	4,09	3,3	4,20	3,35	3,56	1,6
Histriónico	20,47	19,77	19,59	22,20	20,40	6,08	5,91	6,13	7,08	6,80	0,34
Narcisista	8,97	8,75	9,45	8,00	9,47	2,44	2,77	2,44	4,00	2,53	0,97
Esquizoide	8,00	8,22	9,73	10,60	10,13	4,01	3,51	4,6	5,03	4,50	2,14
Limite	15,11	14,20	16,80*	13,40	16,27	5,66	5,78	4,43	7,73	5,95	2,47
Paranoide	21,14	22,28	22,93	23,20	24,87	7,83	7,56	7,94	7,29	7,22	0,71

S= Soltero C= Casado UL= Unión Libre V= Viudo SP= Separado
* p < 0,05

La tabla 8 muestra la distribución de los Perfiles Cognitivos de los Trastornos de personalidad en relación al Nivel Educativo de los participantes, exhibiendo la presencia elevada del Perfil Paranoide, con una media de 24,24 en estudios primarios y con diferencia estadísticas significativas a nivel de 0,01; el Perfil Histriónico igualmente con frecuencia alta (20,73), presenta diferencias estadísticas significativas a nivel de 0,01 en educación Superior. A estos le siguen los Perfiles Limite y Esquizoide con medias de 17,63 y 11,63 respectivamente y diferencia significativa a nivel de 0,05.

Tabla 8

ANOVA para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad por Nivel Educativo

PERFILES COGNITIVOS	MEDIA				DESVIACIÓN TÍPICA				F
	N	P	B	S	N	P	B	S	
Obsesivo compulsivo	16,00	18,67	18,27	19,08	5,81	4,57	4,18	3,88	1,13
Obsesivo Exigente	6,25	7,77	7,44	6,54	2,71	3,18	2,77	2,98	1,57
Pasivo – agresivo	9,88	12,76	11,68	11,54	4,15	3,68	3,89	4,06	2,24
Histriónico	13,75	19,99	20,23	20,73*	7,59	6,12	5,87	5,36	3,06
Narcisista	9,88	9,28	9,18	8,08	2,36	2,65	2,48	2,7	1,76
Esquizoide	11,63**	9,70	8,78	6,38	5,60	4,26	4,09	2,7	5,59
Limite	17,63**	15,78	16,33	11,69	3,62	5,38	5,35	4,51	5,82
Paranoide	20,63	24,24*	22,11	18,81	10,51	7,59	7,45	6,69	3,84

N= ninguno P= Primaria B= Bachillerato S= Superior
 * p < 0,05 ** p < 0,01

En la tabla 9 se expone la distribución de los Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad en relación al Nivel Socioeconómico, se encuentran diferencias estadísticas significativas a nivel de 0,05 en el Perfil Esquizoide en estrato dos (9,79). Se muestra mayor puntaje del Perfil Paranoide (23,39) en estrato dos (2), seguido por los Perfiles Histriónico (20,91) en el nivel uno (1) y Obsesivo Compulsivo (19,50) en estrato cinco (5).

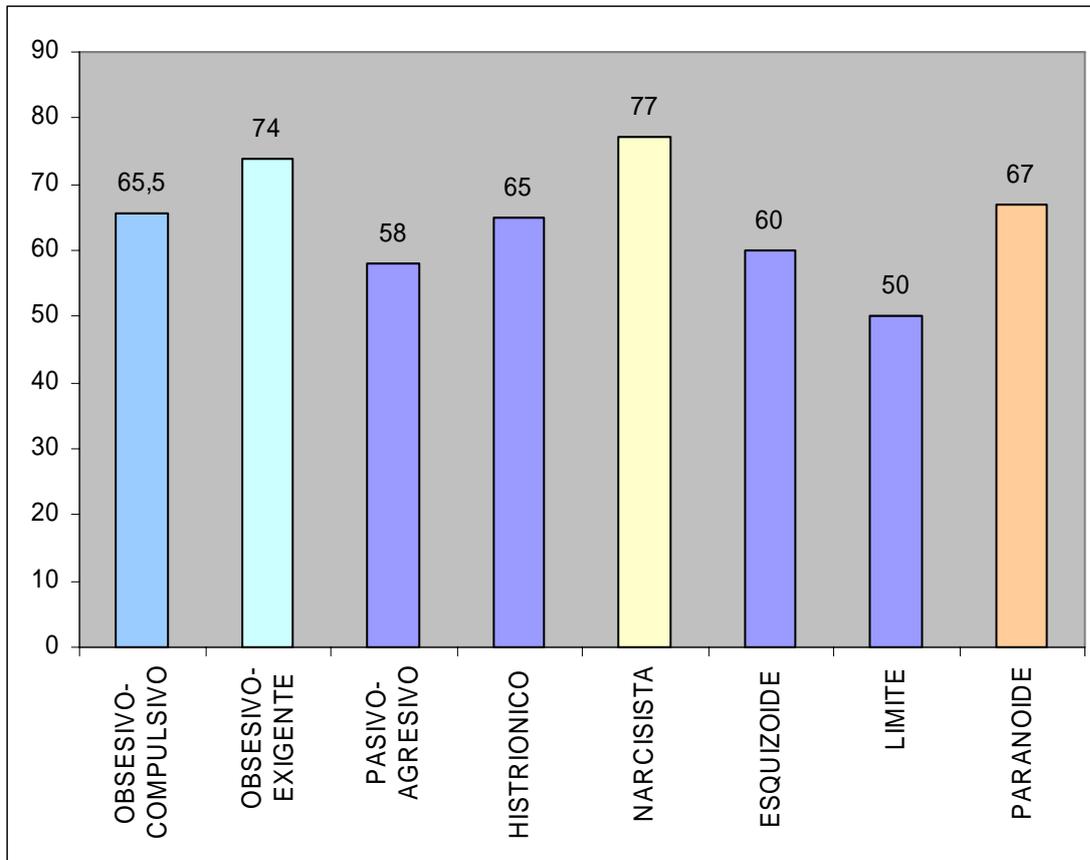
Tabla 9

ANOVA para Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad por Nivel Socioeconómico

PERFILES COGNITIVOS	MEDIA					DESVIACIÓN TÍPICA					F
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Obsesivo compulsivo	17,94	18,85	18,78	18,00	19,50	4,48	4,62	3,34	5,72	3,32	0,53
Obsesivo Exigente	7,09	7,84	7,28	7,80	7,00	2,97	3,01	3,12	2,93	2,45	0,62
Pasivo – agresivo	12,21	12,61	11,35	11,80	10,75	3,76	3,98	3,81	3,43	7,36	0,85
Histriónico	20,91	19,15	19,11	20,40	23,25	5,25	6,58	6,66	5,95	3,77	1,23
Narcisista	9,38	9,36	8,78	8,55	7,75	2,42	2,44	2,9	2,48	3,30	1,02
Esquizoide	9,56	9,79*	8,30	6,95	5,75	4,19	4,86	3,53	2,91	1,71	3,03
Limite	16,18	16,00	15,09	13,90	13,50	5,40	5,25	5,76	4,95	1,91	1,04
Paranoide	22,62	23,39	22,63	21,80	12,00	7,49	7,91	7,89	7,07	4,55	2,14

* p < 0,05

El gráfico para los Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad, representa los porcentajes hallados en la población en cuanto a la presencia de los mismos; el mayor puntaje se encontró en el Perfil Narcisista con el 77%, las siguientes puntuaciones son el Obsesivo – Exigente en un 74%, Paranoide 67%, Obsesivo – Compulsivo 65,5%, Histriónico 65%, Esquizoide 60%, Pasivo – Agresivo 58% y Limite 50%. Estos porcentajes fueron obtenidos a partir de la tabla de baremos indicada por Londoño et al (2007), estudio según el cual, puntuaciones por encima del percentil 75 se consideran altas.

*Gráfico 2**Perfiles Cognitivos para los Trastornos de Personalidad por Porcentajes*

La tabla 10, muestra los resultados de la comparación entre medias para Esquemas Maladaptativos Tempranos por sexo, en donde se haya diferencias estadísticas significativas en los Esquemas de Insuficiente Autocontrol - Autodisciplina (2,30) y Vulnerabilidad al daño y la enfermedad (4,77). En cuanto a las puntuaciones, el Esquema de Abandono tiene un puntaje más alto (24,38) en las mujeres comparada con las demás medias calculadas y el Esquema Inmaduro/Complicado en hombres puntúa (6,31) como menor en todas las medias; Los esquemas Maladaptativos Tempranos Autosacrificio (14,78), Estándares Inflexibles 1 (16,50) e Inhibición Emocional (9,53) tienen puntajes mayores en el sexo Masculino que en el Femenino.

Tabla 10

Comparación de Medias para Esquemas Maladaptativos Tempranos por sexo (N=200)

ESQUEMAS	MEDIA		Desviación Típica		T
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	
Abandono	24,38	21,38	8,99	8,52	1,75
Insuficiente Autocontrol – Autodisciplina	23,88*	20,44	7,78	7,57	2,30
Desconfianza / Abuso	19,01	17,59	6,43	6,95	1,13
Deprivación emocional	18,32	16,94	6,21	6,04	1,15
Vulnerabilidad al daño y la Enfermedad	18,03**	13,94	4,46	43,7	4,77
Autosacrificio	14,73	14,78	50,8	48,1	-0,06
Estándares inflexibles 1	16,47	16,50	4,73	4,51	-0,03
Estándares Inflexibles 2	11,99	11,94	5,55	4,10	0,55
Inhibición Emocional	8,58	9,53	4,73	4,72	1,05
Derecho / grandiosidad	10,21	9,72	4,14	4,69	0,60
Inmaduro / Complicado	6,72	6,31	2,99	2,92	0,71

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Los resultados arrojados en la tabla (11), evidencian que existen diferencias estadísticas significativas en el Esquema Abandono en Unión Libre (26,10) menor de 0,05, igual que el Esquema Insuficiente Autocontrol – Autodisciplina (25,54) y semejanzas entre todos los esquemas y los estados civiles; aunque con una mayor puntuación en el estado civil Unión Libre en el Esquema Abandono (26,10) y un menor puntaje para el Esquema Inmaduro/Complicado el Estado Civil Viudo (5,40).

Tabla 11

ANOVA para Esquemas Maladaptativos Tempranos por Estado Civil

ESQUEMAS	MEDIA					DESVIACION TIPICA					F
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V	SP	
Abandono	22,36	23,25	26,10*	20,60	19,73	8,48	8,54	9,17	8,56	8,96	2,62
Insuficiente Autocontrol – Autodisciplina	22,14	21,56	25,54*	23,40	21,93	8,01	6,99	7,95	7,06	8,53	2,83
Desconfianza – Abuso	16,83	19,20	19,52	22,00	16,67	6,19	7,02	6,18	5,83	6,31	1,86
Deprivación emocional	16,28	17,64	19,19	20,00	17,93	5,31	6,15	6,38	9,03	5,79	1,63
Vulnerabilidad al daño	17,28	16,50	18,21	18,40	16,53	5,03	5,08	4,03	1,82	5,58	1,39
Auto sacrificio	14,72	14,42	15,19	15,60	13,40	4,59	5,34	4,85	6,54	5,41	0,52
Estándares inflexibles 1	16,42	15,92	16,77	15,60	17,67	4,23	4,89	4,89	3,36	4,17	0,59
Estándares Inflexibles 2	10,83	11,38	12,95	9,20	13,13	4,10	3,97	6,75	4,89	3,56	1,83
Inhibición Emocional	9,00	7,86	9,51	7,00	8,20	4,69	4,53	4,86	4,85	4,69	1,34
Derecho de grandiosidad	9,64	9,84	10,73	7,00	10,40	4,52	4,04	4,07	4,85	4,75	1,30
Inmaduro / Complicado	5,61	6,78	7,15	5,40	6,40	3,38	2,65	2,94	1,67	3,38	1,98

S= Soltero C= Casado UL= Unión Libre V= Viudo SP= Separado
 * p < 0,05 ** p < 0,01

En la tabla 12 se presentan la comparación de media de los Esquemas Maladaptativos con el Nivel Educativo de los entrevistados, en esta se encuentran diferencias estadísticas significativas en los esquemas Abandono en el nivel educativo ninguno (29,38) y en el Insuficiente Autocontrol – Autodisciplina (27,88); la media más alta esta en el Esquema de Abandono (29,38) y en personas sin ningún grado de escolaridad, Además se observa que el de menor puntaje se encuentra en el Esquema Inmaduro – Complicado con media de 5,81 en nivel educativo superior.

Tabla 12

ANOVA para Esquemas Maladaptativos Tempranos por Nivel Educativo

ESQUEMAS	MEDIA				DESVIACION TIPICA				F
	N	P	B	S	N	P	B	S	
Abandono	29,38*	24,31	24,28	19,69	7,27	9,21	8,49	8,85	3,11
Insuficiente Autocontrol – Autodisciplina	27,88**	24,86	23,10	17,50	6,99	7,54	7,50	7,26	7,51
Desconfianza – Abuso	18,63	19,93	18,37	16,27	6,76	6,27	6,46	6,99	2,34
Deprivación emocional	17,38	18,34	18,01	17,73	7,50	5,39	6,38	7,86	0,12
Vulnerabilidad al daño	18,63	17,51	17,33	16,69	5,13	4,13	5,16	4,95	0,39
Auto sacrificio	13,38	14,80	15,10	13,81	4,98	4,76	5,35	4,99	0,63
Estándares inflexibles 1	16,50	16,43	16,41	16,85	4,41	4,51	4,78	5,26	0,06
Estándares Inflexibles 2	13,00	12,66	11,67	10,38	5,63	6,39	4,04	4,59	1,44
Inhibición Emocional	12,00	8,51	9,16	7,15	4,34	4,71	4,57	4,93	2,59
Derecho de grandiosidad	11,25	10,60	10,08	8,38	3,45	4,17	4,27	4,22	2,06
Inmaduro / Complicado	6,63	6,99	6,57	5,81	2,93	2,82	3,16	2,93	1,09

N= ninguno P= Primaria B= Bachillerato S= Superior
* p < 0,05 ** p < 0,01

La tabla (13) para Esquemas Maladaptativos Tempranos por Nivel Socioeconómico, presenta diferencias estadísticas significativas en los Esquemas Insuficiente autocontrol o disciplina (25,79), en Inhibición emocional (9,66) y en Derecho/grandiosidad (11,28). El dato más alto, la media del Esquema de abandono del nivel socioeconómico (26,18) y el más bajo la Inhibición Emocional del estrato cinco (4,75).

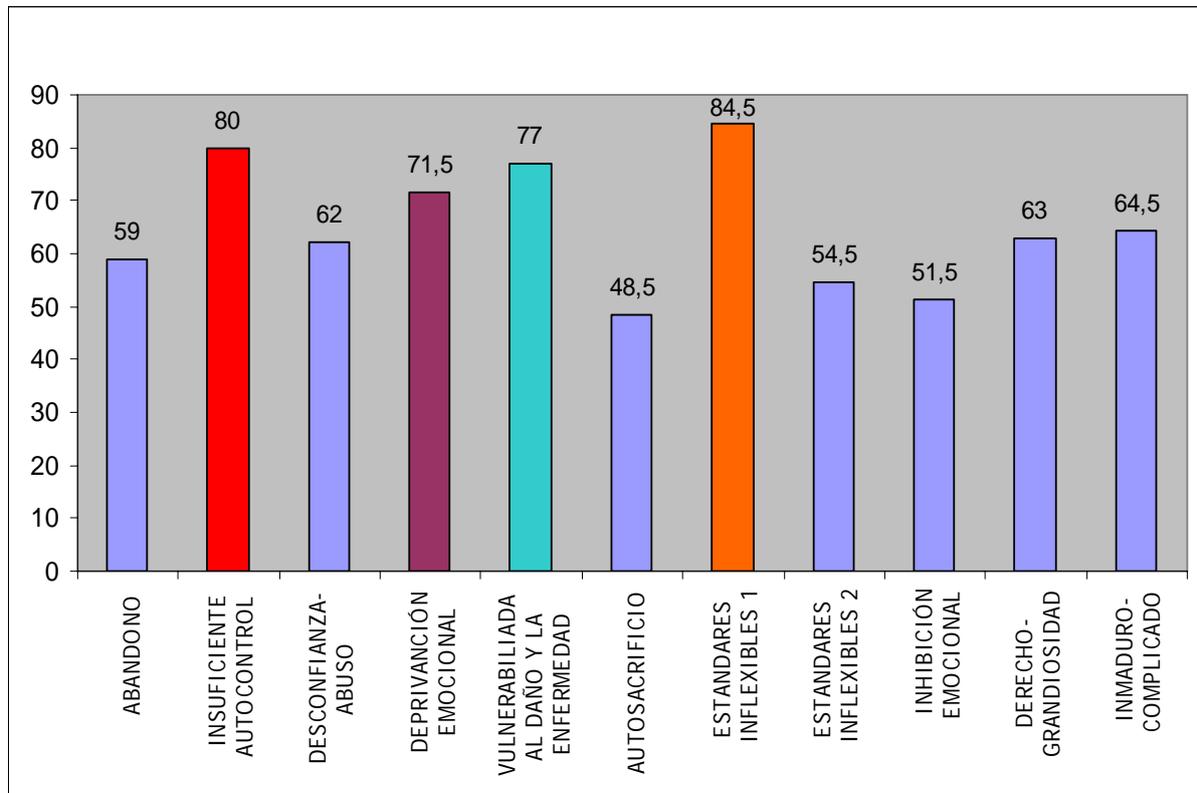
Tabla 13

ANOVA para Esquemas Maladaptativos por Nivel Socioeconómico

ESQUEMAS	MEDIA					DESVIACIÓN TÍPICA					F
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Abandono	23,10	26,18	23,11	22,30	22,75	9,01	8,88	8,86	8,54	10,05	1,40
Insuficiente autocontrol o disciplina	22,96	25,79*	22,52	20,65	18,50	8,06	7,52	7,22	7,07	10,08	2,75
Desconfianza /Abuso	18,65	19,70	18,74	18,30	12,25	6,23	6,58	6,69	6,95	2,87	1,36
Deprivación Emocional	19,32	17,98	17,83	15,45	17,50	5,22	6,74	6,59	6,25	3,69	1,65
Vulnerabilidad al daño y la enfermedad	17,37	18,61	16,46	15,95	16,25	4,47	3,81	5,15	5,82	6,89	2,05
Autosacrificio	14,34	15,48	14,61	14,75	13,00	4,91	5,14	4,83	5,35	6,98	0,56
Estándares Inflexibles 1	15,88	16,98	16,93	16,50	14,00	4,62	4,74	4,49	4,71	8,04	0,84
Estándares Inflexibles 2	11,97	12,44	12,07	11,10	9,75	7,42	3,64	3,68	4,73	4,99	0,42
Inhibición emocional	7,69	9,66*	9,61	8,35	4,75	4,31	5,01	4,45	5,38	2,87	2,62
Derecho/grandiosidad	9,46	10,49	11,28*	9,70	6,00	4,17	4,29	4,24	3,70	3,16	2,48
Inmaduro /complicado	6,19	7,23	6,93	6,15	5,50	2,93	3,06	3,12	2,68	0,58	1,38

* p < 0,05

En cuanto a los porcentajes de los Esquemas Maladaptativos Tempranos, la gráfica 3 evidencia que los mayores puntajes se ubican en los Esquemas Estándares Inflexibles 1 (84,5), Insuficiente Autocontrol (80%), Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad (77%) y Deprivación Emocional (71,5); los porcentajes con menor frecuencia de aparición fueron 54,5% de Estándares Inflexibles, 25,15 % de Inhibición Emocional y 48,5 de Autosacrificio. Estos porcentajes se calculan para puntuaciones superiores al percentil 85, punto de corte establecidos por Castrillón et al (2005).

*Gráfico 3**Esquemas Maldaptativos Tempranos por Porcentajes*

En la tabla 14 se encuentran los datos de comparación de medias para trastornos mentales por sexo, en los cuales se hayan diferencias estadísticas significativas en el Episodio Depresivo mayor (0,60), Episodio Depresivo mayor Pasado (0,33), Episodio Depresivo mayor con Síntomas Melancólicos (0,38), Riesgo de suicidio (1,71), Estado por Estrés Postraumático (0,38), Abuso y Dependencia de Alcohol (0,05) y Trastornos asociados al Uso de sustancias Psicoactivas (0,01). La media superior se encuentra en Riesgo de Suicidio en el sexo femenino (1,71). Por otro lado se puede notar la ausencia de los Trastornos Distímico, Maníaco, Psicótico, Anorexia Nerviosa, Anorexia Nerviosa tipo Compulsivo Purgativo y Bulimia Nerviosa, especialmente en los hombres.

Tabla 14

Comparación de Medias para Trastornos Mentales por sexo

TRASTORNOS MENTALES	MEDIA		DESVIACIÓN TÍPICA		t
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	
Episodio Depresivo Mayor Actual	0,60**	0,25	0,49	0,44	3,69
Episodio Depresivo Mayor Pasado	0,33**	0,06	0,47	0,25	3,15
Episodio Depresivo mayor con Síntomas Melancólicos	0,38**	0,13	0,49	0,37	2,78
Trastorno Distímico	0,09		0,29		1,76
Riesgo de Suicidio	1,71**	0,66	1,18	0,86	4,79
Episodio Hipomaniaco	0,11	0,22	0,31	0,42	-1,75
Episodio Maniaco	0,01		0,11		0,62
Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	0,13	0,13	0,34	0,34	0,09
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual	0,09	0,09	0,29	0,29	-0,08
Trastorno de Angustia actual.	0,10	0,06	0,29	0,25	0,59
Trastorno de Agorafobia	0,13	0,09	0,57	0,39	0,35
Fobia Social	0,11	0,09	0,31	0,29	0,22
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0,08	0,03	0,28	0,18	1,02
Estado por Estrés Postraumático	0,38**	0,13	0,49	0,34	2,78
Abuso y Dependencia de Alcohol	0,05**	0,44	0,31	0,76	-4,91
Trastorno Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas	0,01*	0,09	0,15	0,39	-2,02
Tipo de Droga	0,07	0,38	0,65	1,48	-1,88
Trastorno Psicótico	0,04		0,25		0,93
Anorexia Nerviosa	0,1		0,11		0,62
Bulimia Nerviosa	0,1		0,08		0,44
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo					
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0,21	0,22	0,41	0,42	-0,06
Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida		0,03		0,18	-2,32
Trastornos Sexuales Femeninos	0,49		0,50		
Trastornos Sexuales Masculinos		0,19		0,40	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Por otro lado en la tabla 15 se hallan los resultados de la correlación entre Trastornos Mentales y el Estado Civil, donde se observa que la media más alta se encuentra en el Riesgo Suicida, en el estado civil Separado (2,07) y con diferencia estadística significativa a nivel de 0,05. Del mismo modo, no se presentaron percentiles en los trastornos Episodio Maniaco, Crisis con síntomas limitados alguna vez, Trastorno de Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastorno Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas, Tipo de Droga, Trastorno Psicótico, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida, ni trastornos sexuales masculinos en las personas viudas y en las personas separadas, tampoco se halló Episodio Maniaco, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas, Tipo de Droga, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo, Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida, Trastornos Sexuales Masculinos. Existe una diferencia estadística significativa a nivel de 0,01 en el Trastorno Hipomaniaco.

Tabla 15

ANOVA para Trastornos Mentales por Estado Civil

TRASTORNOS	MEDIA					DESVIACION TIPICA					F
	S	C	UL	V	SP	S	C	UL	V	SP	
Episodio Depresivo Mayor Actual	0,36	0,55	0,60	0,40	0,67	0,49	0,50	0,49	0,55	0,49	1,81
Episodio Depresivo Mayor Pasado	0,22	0,28	0,34	0,20	0,27	0,42	0,45	0,48	0,45	0,46	0,48
Episodio Depresivo mayor con Síntomas Melancólicos	0,17	0,36	0,38	0,20	0,47	0,39	0,48	0,49	0,45	0,51	1,74
Trastorno Distímico	0,08	0,02	0,11	0,20	0,07	0,28	0,12	0,32	0,45	0,29	1,52
Riesgo de Suicidio	1,19	1,44	1,73	0,80	2,07*	1,12	1,18	1,19	1,30	1,22	2,63
Episodio Hipomaniaco	0,08	0,23**	0,05	0,00	0,20	0,28	0,43	0,22		0,41	3,44
Episodio Maniaco		0,03					0,17				1,07

Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	0,06	0,17	0,13	0,40	0,07	0,23	0,38	0,33	0,55	0,26	1,64
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual	0,08	0,13	0,06		0,13	0,28	0,33	0,24		0,35	0,63
Trastorno de Angustia actual.	0,06	0,11	0,08	0,20	0,13	0,23	0,31	0,27	0,45	0,35	0,52
Trastorno de Agorafobia	0,17	0,19	0,01		0,40	0,69	0,66	0,11		0,91	2,16
Fobia Social	0,17	0,19	0,01		0,40	0,23	0,37	0,31			1,28
Trastorno Obsesivo Compulsivo	0,06	0,14	0,05			0,23	0,35	0,29			1,64
Estado por Estrés Postraumático	0,28	0,36	0,36		0,33	0,45	0,48	0,48		0,49	0,87
Abuso y Dependencia de Alcohol	0,14	0,06	0,14		0,13	0,49	0,30	0,49		0,52	0,39
Trastorno Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas	0,08	0,03				0,37	0,25				1,05
Tipo de Droga	0,33	0,09	0,08			1,39	0,75	0,67			0,75
Trastorno Psicótico	0,03	0,05	0,01		0,13	0,17	0,28	0,11		0,52	0,94
Anorexia Nerviosa		0,02	0,01				0,12	0,11			0,20
Bulimia Nerviosa		0,02					0,12				0,53
Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo							0,12				0,41
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0,25	0,22	0,21		0,20	0,44	0,42	0,41		0,41	1,14
Trastorno Antisocial de la Personalidad Alguna Vez en la Vida	0,03					0,17					1,26
Trastornos Sexuales Femeninos	0,33	0,57	0,51	0,25	0,54	0,48	0,50	0,50	0,50	0,52	
Trastornos Sexuales Masculinos	0,11	0,31	0,14			0,33	0,48	0,39			0,53
S= Soltero C= Casado UL= Unión Libre V= Viudo SP= Separado * p < 0,05 ** p < 0,01											

La tabla 16 especifica los Trastornos Mentales en relación al Nivel Educativo, encontrándose diferencias estadísticas significativas en los trastornos Episodio Depresivo Mayor Pasado (0,50), Abuso y Dependencia de Alcohol (0,38), Trastornos Sexuales femeninos (1,00), sin ningún grado de escolaridad y Trastornos Sexuales Masculinos (0,43) en el nivel educativo de estudios primarios. El Riesgo suicida, es el que presenta las medias más elevadas en todos los niveles educativos, pero la que evidencia un mayor puntaje es 1,73, que se encuentra el nivel escolar Bachillerato. En cuanto a la Anorexia Nerviosa Tipo Compulsivo Purgativo no se presentó en ninguno de los niveles educativos.

Tabla 16

ANOVA para Trastornos Mentales por Nivel Educativo

TRASTORNOS	MEDIA				DESVIACIÓN TÍPICA				F
	N	P	B	S	N	P	B	S	
Episodio Depresivo Mayor Actual	0,75	0,54	0,56	0,42	0,46	0,50	0,50	0,50	0,98
Episodio Depresivo Mayor Pasado	0,50*	0,28	0,35	0,08	0,53	0,45	0,48	0,27	3,12
Episodio Depresivo mayor con Síntomas Melancólicos	0,50	0,32	0,38	0,19	0,53	0,47	0,49	0,40	1,39
Trastorno Distímico		0,07	0,10	0,04		0,25	0,30	0,19	0,65
Riesgo de Suicidio	1,63	1,47	1,73	1,15	1,30	1,23	1,16	1,12	1,72
Episodio Hipomaniaco		0,13	0,11	0,19		0,33	0,32	0,40	0,76
Episodio Maniaco			0,01	0,04			0,11	0,19	1,04
Trastorno de Angustia alguna vez en la vida	0,13	0,10	0,14	0,19	0,35	0,31	0,35	0,40	0,49
Crisis con síntomas limitados alguna vez, actual		0,08	0,10	0,12		0,27	0,30	0,33	0,39
Trastorno de Angustia actual.	0,13	0,06	0,11	0,12	0,35	0,23	0,32	0,33	0,66
Trastorno de Agorafobia		0,11	0,16	0,08		0,54	0,63	0,39	0,35
Fobia Social	0,13	0,14	0,08	0,08	0,35	0,35	0,27	0,27	0,65
Trastorno Obsesivo Compulsivo		0,06	0,08	0,15		0,23	0,27	0,37	1,11
Estado por Estrés Postraumático	0,63	0,31	0,34	0,31	0,52	0,46	0,47	0,47	1,11
Abuso y Dependencia de Alcohol	0,38*	0,18	0,00	0,12	0,74	0,56		0,43	3,66
Trastorno Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas		0,03		0,08		0,24		0,39	0,99
Tipo de Droga		0,21		0,23		1,10		1,18	1,05
Trastorno Psicótico		0,02	0,03	0,12		0,21	0,16	0,43	1,22
Anorexia Nerviosa		0,01	0,01			0,10	0,11		0,14
Bulimia Nerviosa			0,01				0,11		0,51
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0,38	0,25	0,18	0,15	0,52	0,44	0,38	0,37	1,06
Trastorno Antisocial de la Personalidad		0,01				0,11			0,43
Alguna Vez en la Vida									
Trastornos Sexuales Femeninos	1,00*	0,48	0,51	0,35		0,50	0,50	0,49	2,70
Trastornos Sexuales Masculinos		0,43*				0,514			3,94

* p < 0,05 ** p < 0,01

Por otra parte en la tabla 17 se observa la prevalencia de los trastornos mentales evaluados a través de la Entrevista Estructurada M.I.N.I. a partir de la cual se encontró un mayor porcentaje en lo que se refiere los episodios depresivos, con un nivel de frecuencia superior en el episodio depresivo mayor actual (54%), seguido por este mismo tipo de episodio pero acompañado de síntomas melancólicos (33,5%) y por último el episodio depresivo mayor pasado (29%). Del mismo modo los trastornos sexuales femeninos (41,5%) y el trastorno de ansiedad generalizada (21,5%) presentan una alta prevalencia con respecto a los demás trastornos, como la bulimia nerviosa (0,5%) y el trastorno de personalidad antisocial (0,5%) que se presentan en una proporción mínima de la muestra.

Tabla 17

Prevalencia de los Trastornos Mentales Evaluados por la M.I.N.I. (n:200)

<i>TRASTORNOS MENTALES</i>	<i>PREVALENCIA</i>			
	Si	No		
Episodio Depresivo Mayor Actual	54%	46%		
	Si	No		
Episodio Depresivo Mayor Pasado	29%	71%		
	Si	No		
Episodio Depresivo Mayor con Síntomas Melancólicos	33,5%	66,5%		
	Si	No		
Trastorno Distímico	7,5%	92,5%		
	No	Leve	Moderado	Alto
Riesgo de Suicidio	24%	33%	8%	35%
	Si	No		
Episodio Hipomaniaco	12,5%	87,5%		
	Si	No		
Episodio Maniaco	1%	99%		
	Si	No		
Trastorno de Angustia Alguna Vez en la Vida	13%	87%		
	Si	No		
Crisis con Síntomas Limitados Alguna Vez, Actual	9%	91%		
	Si	No		
Trastorno de Angustia Actual	9%	91%		
	No	EASA	EACA	HTA
Trastorno de Agorafobia	94,5%	1%	2%	2,5%
	Si	No		
Fobia Social	10,5%	89,5%		
	Si	No		
Trastorno Obsesivo Compulsivo	7,5%	92,5%		
	Si	No		
Estado por Estrés Postraumático	33,5%	66,5%		
	No	DSA	ASA	
Abuso y Dependencia de Alcohol	93,5%	2%	4,5%	

Trastornos Asociados al Uso de Sustancias Psicoactivas	No 98,5%	DSA 0,5%	ASA 1%
Tipo de Droga	Ninguna 98%		Marihuana 2%
Trastorno Psicótico	No 97,5%	AVV 1,5%	TEASP 1%
Anorexia Nerviosa	Si 1%		No 99%
Bulimia Nerviosa	Si 0,5%		No 99,5%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Si 21,5%		No 78,5%
Trastorno Antisocial de la Personalidad, Alguna Vez en la Vida	Si 0,5%		No 99,5%
Trastorno Sexual Femenino	Si 41,5%		No 42,5%
Trastorno Sexual Masculino	Si 3%		No 13%

EASA: Episodio de Angustia sin Agorafobia EACA: Episodio de angustia con Agorafobia
HTA: Agorafobia actual sin Historial de Trastorno de Angustia. DSA: Dependencia de Sustancias Actual
ASA: Abuso de Sustancias actual AVV: Alguna Vez en la Vida TEASP: Trastorno del estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos

8. DISCUSIÓN

La violencia intrafamiliar como un fenómeno jurídico y social representa a nivel personal, familiar y colectivo, repercusiones importantes que a lo largo de los años han motivado la creación de diversas propuestas de investigación, prevención, intervención y erradicación, cuestiones que han permitido identificar las particularidades o características que presenta la población víctima de esta problemática; algunas de ellas tienen que ver con aspectos sociodemográficos que concuerdan con ciertos datos hallados en este proyecto.

Los datos analizados fueron la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y el estrato socioeconómico; en cuanto a la edad, no se puede estimar un periodo exacto del ciclo vital en el que se sufre este fenómeno, ya que se es vulnerable en cualquier momento de la vida, aunque cuando se trata de violencia doméstica, esta se presenta con mayor frecuencia en la adultez temprana y media, como se encontró en estudios como los de Salas (2005) y Traverso (2000), quienes afirman que las agresiones familiares las sufren personas entre los 24 y 45 años de edad, datos que se asemejan con lo hallado en la presente investigación donde el rango en el que se ubica la media de la variable edad es 35,27 años; cuando las personas se encuentran en familias conformadas por hijos escolares o adolescentes. Cabe aclarar que la muestra poblacional tenía como edad mínima 18 años y como edad máxima 67 años.

Del mismo modo, se corrobora lo establecido por Hernández & Correa (2004) en lo que se refiere al género de las víctimas, quienes afirman que a pesar que las agresiones se presentan de manera recíproca, las mujeres son las que manifiestan en mayor proporción este tipo de conflicto y por consiguiente las que más denuncian ante organismos estatales como lo es la Fiscalía General de la Nación; correspondiendo así con las personas entrevistadas (n=200), ya que la mayoría eran del sexo femenino (84%) y en menor proporción del masculino (16%).

Algunas de las variables que explican esta puntuación corresponden a la relación que se establece entre el género y las características asociadas a la cultura patriarcal y machista, ya que estas normas y valores establecidos por las tradiciones sociales diferencian los roles de poder entre hombres y mujeres favoreciendo el género masculino bajo la etiqueta de fuerte y poderoso, asignándole un nivel más alto en la jerarquía familiar, legitimizando la violencia como método de corrección y educación (Ferreira, 1989; Larraín, 1994; Minuchin, 1991, citados por Traverso, 2000).

Otro de los agentes por los cuales se pueden explicar las diferencias en las puntuaciones entre géneros, es la ausencia de trabajos extra domésticos, los empleos poco remunerados o el desempleo, que generan dependencia económica por parte de las mujeres hacia sus esposos o compañeros, reafirmando el papel de dominancia y poder hacia su pareja (Echeburúa & De Corral, 2002).

Finalmente, el consumo de alcohol, es otro de los componentes que precipitan la violencia hacia las mujeres, ya que los hombres poseen más dificultades con el abuso y dependencia de esta sustancia y bajo sus efectos terminan agrediendo a sus compañeras o parientes femeninas (Ministerio de la Protección social, 2005).

Igualmente, se confirma lo establecido en la teoría en relación con el Estado Civil, Nivel Educativo y Estrato Socioeconómico; porque en numerosos estudios, es común encontrar que existe mayor incidencia de agresiones entre parejas que tienen un vínculo no formal como la unión marital de hecho o unión libre, en quienes tienen niveles educativos bajos y/o poseen pocos recursos socioeconómicos; estos datos se alcanzaron a observar en las características sociodemográficas de la muestra poblacional de la presente investigación, quienes en un 40% viven en unión libre, tienen estudios primarios en un 43% y pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 distribuidos con porcentajes de 34, 30 y 23%, respectivamente (Hernández & Correa, 2004; Machuca, 2001; Salas, 2005; Zarza & Froján, 2005).

En resumen, las variables sociodemográficas evaluadas mediante los instrumentos utilizados para esta investigación, están relacionadas con los factores de riesgo que predisponen a la aparición de este tipo de violencia, es decir, las mujeres con un promedio de edad de 35 años conviviendo en unión libre, con estudios medios y pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos son más vulnerables a ser víctimas de este fenómeno.

Antes de proseguir, es importante especificar que los cuestionarios aplicados a los usuarios tienen como objetivo identificar y evaluar la presencia, ausencia y frecuencia de Trastornos Mentales, Estrategias de Afrontamiento, Perfiles Cognitivos y Esquemas Maladaptativos Tempranos (Ver Anexo).

En cuanto a las variables que se abordaron en la investigación, los resultados arrojaron que la violencia intrafamiliar tiene notables repercusiones a nivel psicológico, especialmente en la esfera afectiva, notándose en la presencia de rasgos, signos y/ síntomas de cuadros depresivos y ansiosos, por ejemplo el Riesgo Suicida se presentan en un 76% que se distribuye en los niveles leve, 33%; moderado, 8% y alto, 35%, es decir, constituye un alto porcentaje en la población entrevistada, lo cual representa implicaciones serias en cuanto a la salud pública, ya que aumenta las cifras de mortalidad. En cuanto al género, se presenta en mayor frecuencia en las mujeres, de la misma manera que lo revelan los resultados del Estudio nacional de Salud Mental Colombia 2003, en donde la ideación suicida puntúa con mayor porcentaje, mientras que la planeación y los intentos en menor proporción. Como la prevalencia se establece en el género femenino y son éstas las que en su mayoría están a cargo del cuidado de los hijos, los riesgos a futuro se complejizan, pues el vivir en un hogar donde existe la constante amenaza de una posible amenaza de muerte u hospitalización de la madre pone a los hijos en condiciones de abandono y negligencia cuando no existen otras figuras autoritarias que los respalden, del mismo modo, por la falta de alternativas que se vivencia en los hogares, los estados constantes de anhedonia, incapacidad para optar por alternativas de

solución, ausencia de motivación para cambiar estas circunstancias y la sensación de no poder salir del círculo violento, por parte de los padres, enseña a sus hijos a permanecer en condiciones de violencia aun cuando son destructivas para sí mismo, situación que contribuye al establecimiento y reproducción de la violencia en la conformación de futuras familias. Esta desesperanza aprendida termina generando en la familia una incapacidad general para encontrar estrategias para salir del conflicto reforzando la permanencia dentro del mismo (Quirós, 2003).

El riesgo suicida en las mujeres maltratadas está también asociado a la ausencia o deficiente red de apoyo social y por consiguiente a los sentimientos de desamparo, desesperanza e incapacidad de salir de la problemática; este riesgo se asocia frecuentemente al trastorno depresivo, ya que es en este cuadro en el que se da frecuentemente. En la presente investigación, es otro de los trastornos evaluados que puntúa como alto, estos Episodios Depresivos se registran en un 54% de la muestra y se relaciona con consecuencias similares a las del riesgo suicida en cuanto a la desesperanza aprendida, la permanencia en relaciones destructivas, la conformación de futuras familias bajo lineamientos violentos, el riesgo de negligencia y abandono en el cuidado de los hijos, la pasividad hacia las respuestas y la inactividad a la hora de buscar alternativas de solución .

Otro cuadro clínico que se muestra como relevante es el trastorno de Ansiedad Generalizada que se presenta en un 21,5% y al igual que los anteriores es uno de los trastornos más frecuente asociados con la violencia (Castro & Mina, 2008; Labrador & Rincón 2002; Lozano & Núñez, 2007; Machuca 2001; Maestre, Londoño, Palacio, Jiménez, Muñiz, Hewitt, et al (2006); Saltigeral, Ramos & Caballero 1998).

Estos porcentajes son una muestra mas de la necesidad de implementar programas en pro a la salud mental de la víctimas de violencia intrafamiliar, ya que este tipo de trastornos se caracterizan por generar en las personas sentimientos de desesperanza, desinterés,

desmotivación, fatalismo, problemas de atención y concentración e inexpresión de sentimientos, lo cual no permite que estas tengan un desempeño personal y social adecuado; lo anterior coincide con lo identificado por Matud (2004); Díaz & Jiménez (2003); Quirós (2003); Saltigeral, Ramos & Caballero (1998); quienes reconocen estas psicopatologías como las principales consecuencias de la violencia intrafamiliar.

Otro de los trastornos que se encuentra estrechamente relacionado con la violencia intrafamiliar es el Trastorno por Estrés Postraumático, conjunto de síntomas que se padecen cuando se ha vivido un evento que por sus características se asume como un suceso traumático, lo cual genera miedo, sentimientos de desprotección y manifestaciones ansiosas particulares de dicho cuadro clínico, típico en situaciones de violencia; una muestra de esto es lo referido por Lozano & Núñez (2007), quienes encontraron que el 43,2% de la población víctima de delitos sexual exhibe estos rasgos, no muy lejanos de lo observado por Castro & Mina (2008) en las víctimas de desplazamiento forzado, en las cuales se presentan en un 33%; de la misma manera que sucede con las personas entrevistadas para esta investigación, ya que puntúan positivo para la presencia de estos síntomas en un 33,5%. Igualmente estos hallazgos corroboran lo encontrado por el Ministerio de Protección Social, (2005); donde el 19,1% de la muestra poblacional ha padecido alguna vez en la vida un Trastorno de Ansiedad, porcentaje dentro del cual los hombres puntúan 0,8% y las mujeres 2,5% para TEPT.

Vislumbrando estos datos desde otra perspectiva, en cuanto a la violencia intrafamiliar, se podría decir que existe cierto grado de habituación a la situación de conflicto ya que el 66,5% de los participantes no consideran entre otras cosas, que lo vivido en sus hogares, las agresiones físicas y verbales, son hechos traumáticos o no los perciben como sucesos en los que ha sido puesta en riesgo su integridad y seguridad, aunque en algunas ocasiones describen que reviven el último incidente vivido y mantienen algunos sentimientos y temores asociados a dicho episodio. En determinadas ocasiones, las víctimas no logran

diferenciar la gravedad de esta situación y sus implicaciones, percibiéndolo como una interacción conflictiva natural de cualquier hogar, idea que se legitima, introyecta y asume como normativa dentro de la cultura a causa del proceso de socialización y aprendizaje, donde se asocia la violencia como pauta de relación y patrones de crianza. Además esta no categorización de la violencia intrafamiliar como evento traumático que realizan los participantes, puede ser explicada por lo encontrado en diversos estudios, en los cuales los Trastornos de Ansiedad y específicamente el TEPT, son característicos de las situaciones donde la violencia es continua en el tiempo, existiendo una hiperestimulación de la respuesta al estrés, condición que produce el cese de respuesta en el organismo, tanto fisiológica como psicológica, a causa de la adaptación a las condiciones estresantes como sucede en el estrés crónico (Hernández & Correa, 2004; Ferreira, 1989; Larraín, 1994; Minuchin, 1991, citados por Traverso, 2000; Gómez-Restrepo, 2004; Mainieri, 1999; Ministerio de Salud Pública, 2006; Ministerio de Protección Social, 2005; Stith, Williams & Rosen, 1990; Zarza & Froján, 2005).

Otra de las patologías asociadas a este fenómeno, son las del ámbito sexual, especialmente en el caso de las mujeres quienes puntúan en un 41,5% ante la presencia de síntomas como malestar en la actividad sexual, disminución del interés, incapacidad, ausencia o retraso en la excitación y demás sensaciones placenteras vinculadas con el acto sexual, que generan dificultades en las relaciones con la pareja; este tipo de síntomas ha sido identificado por algunos autores como comportamientos reactivos conscientes e inconscientes ante las circunstancias que envuelven la relación afectiva, logrando configurarse como una somatización de lo que la persona siente y piensa al respecto. Este tipo de reacción, según múltiples estudios, es propia en las mujeres, ya que en ellas a diferencia de los hombres, se requiere que en los momentos previos a la actividad sexual, exista un estímulo mental compuesta por expresiones afectivas e interacciones positivas, que le permitan sentirse

queridas y protegidas, lo cual les permite lograr una vida sexual activa y saludable, esta idea es reforzada y mantenida socialmente por los paradigmas sexistas, que se refieren al acto sexual en la mujer como acto de amor y en los hombres como acto físico de placer, es así como la frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales en las parejas, genera conflicto y es un detonante para que emerja y se perpetúe la violencia intrafamiliar (Díaz & Jiménez, 2003; Matud, 2004; Merino, (s.f.); Navarro-Pertusa, Barberá & Reig, 2003).

Por otro lado, este proyecto permitió establecer los modos particulares que usan las víctimas de violencia intrafamiliar para enfrentarse a este tipo de problemática, siendo la estrategia de afrontamiento más común el uso de la Religión (69,5%), lo cual refleja las características culturales de la sociedad en la cual se encuentran las personas que colaboraron en el estudio, pues en su mayoría profesan la fé en la existencia de un Ser Superior quien escucha las dificultades de las personas y guía su comportamiento a merced de su voluntad, creencia fundamentada por uno de los mitos referidos a la violencia intrafamiliar a partir del cual se justifica ésta como voluntad de Dios, como una prueba de fé o como parte del plan de vida que él ha reservado para sus hijos. Esta postura puede llegar a ser funcional en circunstancias donde no se logra tener el control, es decir en situaciones inevitables, pero ante una problemática de las características, magnitudes e implicaciones como las que posee la violencia intrafamiliar, que además puede ser prevenida, controlada y erradicada, no es conveniente optar por esta posición, se hace necesario que sus afectados asuman actitudes activas que le permitan poner fin a su situación, puesto que ellos son los únicos perjudicados al mantenerse en este tipo de escenarios y sí sus creencias y prácticas religiosas no le permiten distinguir entre lo que lo perjudica, pero se ajusta a lo establecido por su comunidad y lo que lo beneficia aunque no sea considerado incorrecto por la misma, se está favoreciendo a la conservación de patrones sociales desencadenantes de mayores problemáticas, incurriendo

así en conductas perjudiciales no sólo para sí mismas sino para la comunidad en general y las futuras generaciones (Haz Paz, s.f. a, b, Jacobson & Gottman, 2001; Torres, 2006).

Por su parte, la estrategia de afrontamiento de Espera, se presenta en alta proporción, con un 65,5%, opción que se toma a partir de la premisa “él va a cambiar” y de los mitos: “sí la esposa resiste mucho tiempo, el maltrato cesará” y “la mujer debe aguantar todo y hacer sacrificios para mantener el matrimonio”, ya que consideran que los seres humanos tienen posibilidades de modificar sus estilos de comportamiento y que ellos recibirán resarcimiento por su tolerancia a la situación; además cuando se asume la violencia como un ciclo repetitivo, se supone que seguido a la crisis violenta, aparecerá una fase de calma, tranquilidad e idilio (Luna de miel) donde se justifica haber decidido esperar (Virsedá, 2000; Redondo, 2002).

El alto índice de presencia de la estrategia espera en la población víctima de violencia intrafamiliar está relacionada con la desesperanza aprendida que vivencian estas personas, ya que las diferentes formas de abuso y la constante exposición al mismo obstaculizan en ellas sus habilidades de resolución de conflictos, del mismo modo que el pensar que no se pueden hallar soluciones, tomando una posición de inactividad y de expectativa hacia un cambio en el futuro.

Otro de los factores con los cuales se relaciona la presencia de esta estrategia es la esperanza de que exista algo externo que cambie las condiciones violentas que afrontan las víctimas, es decir, permanecen en constante espera de algo que venga desde afuera a salvarlas, este fenómeno es el conocido como Complejo de Cenicienta (Nolasco, 2001).

Las implicaciones que trae el uso de esta estrategia de afrontamiento, están relacionadas con la idealización de cambios futuros que no siempre se concretan o algunas veces no suceden, fortaleciendo el estado de desesperanza y permitiendo que se sigan presentando las agresiones por la falta de recursos o métodos más eficaces para cambiarla; por

otro lado, cuando existe un intervalo de tiempo mayor, las agresiones se agravan, la violencia se vuelve crónica y avanza hacia la destrucción de sus víctimas que en algunas ocasiones terminan convertidas en uxoricidio (Cabanellas, 2006, citado por Álvarez et al, 2007).

La Búsqueda de Apoyo Social (63%) y Apoyo Profesional (61,5%), como forma alternativa de encontrar solución a su conflicto a través del fortalecimiento de las redes de apoyo, búsqueda de aceptación y protección de familiares y amigos y demás personas que les puedan brindar orientación al respecto; estos índices están determinados por las características de la muestra poblacional, dado que este grupo ya ha iniciado el proceso de justicia restaurativa en instancias jurídicas como lo son las seccionales de la Fiscalía General de la Nación (Figueroa et al, 2005).

La presencia de estas estrategias permite a las instituciones crear programas de apoyo que soporten los procesos que se realizan desde las instancias que reciben las denuncias, es decir, un apoyo psicosocial a mayor nivel que respalde las intervenciones ejecutadas desde las instituciones jurídicas y de salud; ya que la manifestación de estas estrategias permite a las víctimas acercarse a las mismas en búsqueda de alternativas para su problemáticas.

El uso de esta estrategia de afrontamiento tiene implicaciones positivas para la víctima, ya que recurrir a la búsqueda externa de seguridad en familiares, amigos o instituciones sociales, de salud y judiciales, permiten romper el secreto de las agresiones y lo convierte en una problemática no sólo de la familia, sino también a nivel social, lo cual permite que se establezcan intervenciones en cuanto a lo jurídico y la salud de los afectados. Por otro lado, el uso de este factor de afrontamiento, permite romper estereotipos como las ideas con relación a la intimidad de los malos tratos en las familias y les abre nuevas perspectivas a otras formas de solución.

Otro de los hallazgos importantes, es que aunque la muestra no está equitativamente distribuida, de acuerdo al género, no se encuentran diferencias en la comparación de medias

para estrategias de afrontamiento por sexo, con puntajes similares, sin embargo, la tendencia de los hombres fue mayor hacia el uso de estrategias de afrontamiento tanto pasivas como activas.

En el género femenino, se observa con mayor frecuencia la utilización de estrategias de afrontamiento pasivas como son la Religión y la Espera, las cuales por su condición de inactividad ante las problemáticas actúan como factores de mantenimiento de la violencia, ya que estas actitudes son argumentadas por posturas sociales donde la mujer debe tolerar cualquier circunstancia aversiva en pro de la unión familiar.

Mediante el cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP), se encontró que los perfiles sobresalientes en la muestra evaluada fueron el perfil cognitivo Narcisista con 77%, el Obsesivo – Exigente con el 74% y Paranoide 67%; rasgos que se corroboran con el perfil establecido para las víctimas de este delito, a excepción del Narcisista, porque su estilo de pensamiento está dirigido a su estatus superior, especial y único, concepciones que difieren de la pérdida de valía, dependencia, baja autoestima, sentimientos de culpa, vergüenza y desprotección que caracterizan a las personas agredidas por sus parientes. Del mismo modo, los resultados de este perfil, se pueden explicar desde el predominio de este estilo de pensamiento, caracterizado por los juicios que tienen acerca de sí mismas, es decir, consideran que tienen derecho a ser tratadas de forma especial y diferente a los demás y con relación a los otros procuran obtener su admiración y atención y así lograr dicha atención desde el papel de víctima y su proceso de victimización por medio del cual, reciben cuidados especiales y una atención extra por tratarse de personas lastimadas y en condiciones difíciles (Beck & Freeman, 1999).

Otro de los factores que puede influir en la alta puntuación de este perfil, son las respuestas que se dan en espera de lograr aceptación por parte del entrevistador y la sociedad

en general que infunde la idea de que las personas que no se sienten especiales y agradables terminan siendo inferiores a los demás.

En lo que se refiere al Paranoide, se explican algunas de sus ideaciones debido a la condición constante de amenaza, vulneración y posibilidad de sufrir constantes daños a nivel físico, psicológico, sexual, etc., además del estado de alerta en el que permanecen como reacción al frecuente sometimiento que vivencian en sus hogares. Esta continua posición de prevención hace que se exijan en mayor medida para tener el control de las situaciones o para evitar las mismas, autocriticarse o inculpándose de los comportamientos de otros, lo que a su vez incide en el porcentaje obtenido en el perfil Obsesivo – Exigente (Hernández & Correa, 2004; Pérez, 2002).

Por último, los Esquemas Maladaptativos Tempranos, que se presentan en mayor medida son los relacionados con Estándares Inflexibles (84,5%), Insuficiente Autocontrol (80%), Vulnerabilidad al Daño y a la Enfermedad (77%) y Deprivación Emocional (71,5%). En orden descendente, el primer esquema, se fortalece a través de la creencia de provocar las agresiones del victimario a partir de su mal comportamiento - *Las esposas merecen ser golpeadas porque se portan mal-* y de la continua búsqueda de aceptación por medio de esfuerzo para hacer todo perfecto y cumplir sus propios estándares, sin embargo, no logran controlarse ante sus propias necesidades emociones, reaccionando impulsivamente, cumpliendo así los parámetros para el esquema Insuficiente Autocontrol. Por otro lado, es común encontrar que las sensaciones de malestar físico y emocional son recurrentes entre este tipo de población, percibiendo cualquier situación como posibilidad de ser lastimado o perjudicado por agentes externos o la noción de no ser satisfecho emocionalmente como sucede en los dos últimos esquemas; esta información se asemeja a los resultados obtenidos en diferentes investigación asociadas a la violencia (Castro & Mina, 2008; Haz Paz, s.f. a, b; Jacobson & Gottman, 2001; Lozano & Núñez, 2007; Torres, 2006).

A lo largo del proyecto se pudo observar que la violencia intrafamiliar genera repercusiones graves a nivel de la salud mental en las víctimas que la padecen, sobre todo en las áreas afectivas y cognitivas, en las cuales prevalecen cuadros clínicos como el Riesgo Suicida, el Episodio Depresivo Mayor, la Ansiedad Generalizada y el TEP. En cuanto a los perfiles cognitivos, presentan Perfil Narcisista, Perfil Obsesivo – Exigente y perfil Paranoide. Los esquemas maladaptativos tempranos asociados a las víctimas de violencia intrafamiliar son el Estándares Inflexibles 1, Insuficiente Autocontrol, Vulnerabilidad al Daño y Abandono y Deprivación Emocional. Por último, las estrategias de afrontamiento más usadas por estas personas son la Religión, la Espera y la Búsqueda de Apoyo Social y Profesional.

Acercas del fenómeno de la violencia intrafamiliar se han realizado numerosas investigaciones en diferentes ámbitos académicos y científicos, los cuales han permitido y permiten tener una visión amplia y enriquecida de sus características, trayectorias y repercusiones, sin embargo en numerosas ocasiones la información y teoría encontrada se refiere a aspectos similares, explorando frecuentemente los mismos supuestos teóricos con los que se dio inicio al estudio de esta problemática, es decir, se percibe un leve retraso en la extrapolación de lo conceptual, descriptivo y explicativo ya encontrado, con lo utilizado en los planes de prevención, atención e intervención de este tipo de conflicto.

Es importante indicar que se presentaron diversas dificultades en torno al acceso a la muestra poblacional, ya que la investigación se dio en un contexto judicial, como la Fiscalía General de la Nación, lo cual predispuso a algunos de los participantes, por la posible afectación que sus respuestas pudieran tener sobre los denunciados; además del temor de que sus datos personales fueran publicados o utilizados en circunstancias diferentes a las planteadas en el momento del inicio de la entrevista, situación que se presentó a pesar de las aclaraciones realizadas y las especificaciones que se encontraban en el consentimiento

informado, que se respondía antes de dar inicio al registro de la información en los cuestionario.

Paralelamente se pudo percibir que los participantes del estudio evidenciaban ciertas dificultades en el momento de dar respuesta a los diferentes cuestionarios, inconveniente relacionado con la ausencia de niveles educativos apropiados o acordes al contenido temático de la investigación, lo cual hizo necesario que las instrucciones se repitieran numerosas veces y/o que los cuestionarios fueran leídos en su totalidad por las entrevistadoras, así como sucedió ante las continuas expresiones acerca de los contenidos extensos y repetitivos de los cuestionarios, lo que complejizo un poco más el abordaje de la problemática en cuestión.

En conclusión, lo identificado a través de esta investigación, contribuye al fortalecimiento de la perspectiva psicológica y especialmente clínica, acerca de un fenómeno que afecta la población mundial y requiere de la intervención de personal especializado para el diseño y ejecución de programas de prevención y erradicación de todos los tipos de violencia, aparte de perfeccionar las estrategias de intervención a las consecuencias de corto, mediano y largo plazo, contribuyendo así a la identificación de futuros focos de estudio y la optimización de los recursos y procesos penales intervinientes.

Finalmente, cabe resaltar que este trabajo evidencia el gran impacto que esta problemática tiene sobre el colectivo en una de las esferas rectoras del ser humano, es decir sobre su salud mental, área que requiere un nivel más amplio de exploración, conocimiento y capacitación.

9. CONCLUSIONES

Al realizar un acercamiento de tipo investigativo sobre la violencia intrafamiliar, se pudo observar que este fenómeno involucra una notable afectación sobre las diferentes esferas de quien la padece, especialmente de su aspecto psicológico, lo cual constituye una problemática relevante para el ámbito de la salud mental.

La salud mental de las víctimas de violencia intrafamiliar se encuentra afectada por patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales que de acuerdo con la frecuencia y gravedad con la que se presentan terminan convirtiéndose en cuadros clínicos que impiden su desempeño individual y social, algunos de ellos son el trastorno depresivo mayor, el estado por estrés postraumático y el trastorno sexual femenino.

Las personas que son víctimas de violencia intrafamiliar que fueron entrevistadas, toman posturas de afrontamiento ante su problemática acordes a la percepción que tienen con respecto a su conflicto, los factores que asumen pueden ser pasivos o activos dependiendo de su estado psicológico, el contexto social y sus condiciones con relación a la problemática; entre las pasivas se encontraron búsqueda de apoyo espiritual enmarcada en la religión y/o esperar que la solución llegue sola, entre las activas, se halló la búsqueda de familiares, amigos y/o profesionales para obtener ayuda.

Entre las características de personalidad de los participantes de esta investigación, se encontró que la mayoría de ellos, cuenta con rasgos narcisistas caracterizados por ideas como la de considerarse especiales y únicos, además de buscar la atención y admiración de los demás y un trato especial y diferenciado de quienes les rodean, en la violencia intrafamiliar esta característica es manifestada a través de la constante revictimización a la que se someten con el fin de alcanzar estos objetivos. Del mismo modo, se muestran como rigurosos, obsesivos y minuciosos, piensan que las cosas solo salen bien, si ellos no están presentes, esto se relaciona con que las víctimas de violencia doméstica sacrifican sus propias necesidades

para cumplir con estándares de los otros y de esta manera poder controlar a su compañero y a su familia, siendo así obsesivo – exigentes; por último, pueden tener elementos del perfil paranoide, comportándose de forma desconfiada y alerta a las intenciones y acciones de los demás, porque consideran que estos les pueden causar daños, este estado de precaución lo vivencian como resultado a las agresiones constantes y de los temores desarrollados con relación a los mismos.

Las estructuras mentales o esquemas maladaptativos tempranos presentes en esta muestra, tienen que ver con posturas rígidas, objetivos irreales y autoexigencia, típicas de esquema estándares inflexibles, característicos que se relacionan con la violencia intrafamiliar, ya que ésta cuenta con ideaciones y mitos irreales legitimizados por la sociedad e interiorizado como verdades absolutas que llevadas a la realidad no logran desarrollarse tan perfectamente como son planteadas.

La baja tolerancia a la frustración, inexpressión de necesidades, emociones e impulsos, que responden al esquema insuficiente/autocontrol y son rasgos similares a los encontrados en el perfil de las personas que son maltratadas dentro de sus familias, ya que comparten ideas como la negativa ante el cambio, el no soportar separaciones o rupturas de sus relaciones, pues las ven como fracasos, represión de sus intereses y deseos para cumplir los requisitos de la otra parte, evitando así el rechazo.

El temor irracional a sucesos en los que su integridad puede ser vulnerada, rasgos característicos del esquema vulnerabilidad al daño y a la enfermedad que se relacionan con las víctimas de violencia intrafamiliar, en la medida en que se perciben como blancos fáciles de su agresor, además de los sentimientos de minusvalía resultantes de las constantes agresiones y las continuas quejas de enfermedad que padecen con motivo de las somatizaciones que realizan después de cada maltrato.

El perfil psicológico que exhiben las víctimas de esta problemática es reforzado por diversos factores sociales y ambientales que contribuyen a su permanencia y continuidad transgeneracional.

Este estudio permitió corroborar la información que se ha obtenido a través de las investigaciones académicas y científicas y las teorías que se han establecido con relación a la violencia específicamente con la violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar constituye uno de los fenómenos de alcance mundial más significativo, ya que desencadena situaciones de conflicto donde son trasgredidos los límites, el respeto, la integridad y demás derechos fundamentales de los seres humanos.

Este tipo de violencia tiene un gran impacto para la salud mental, ya que desencadena diversos trastornos como resultado de la exposición continua a eventos traumáticos, y permite el fortalecimiento de ideas disfuncionales que facilitan la aparición de nuevas agresiones, además del malestar psíquico que experimentan constantemente.

10. RECOMENDACIONES

Mantener y crear nuevos vínculos entre las entidades prestadoras de servicios médicos, sociales y/o judiciales, evitando a través del trabajo interdisciplinario e interinstitucional la revictimización.

Dada la magnitud de la violencia intrafamiliar es necesario contar con profesionales capacitados en diferentes áreas de atención e intervención de modo que se de un abordaje integral a las víctimas involucradas en el conflicto.

En cuanto a los modelos de prevención existentes se requiere de un redireccionamiento que abarque los aspectos que hacen referencia a los factores de riesgo que contribuyen al desencadenamiento de posturas psicológicas que favorecen la presencia de la violencia intrafamiliar.

Teniendo en cuenta que la violencia intrafamiliar se constituye como una problemática de salud pública, es pertinente que el estado y sus instituciones destinen recursos humanos, profesionales y económicos que creen y apoyen intervenciones para toda la población vulnerada.

Extraer los elementos esenciales de los diferentes proyectos de investigación científica que se han realizado al respecto de forma que se de inicio a la creación e implementación de programas de atención, intervención y erradicación.

Dado el amplio bagaje que existe en investigaciones teóricas y empíricas y a la focalización de los puntos de trabajo a desarrollar en esta problemática, se hace necesario crear políticas y programas de intervención directa que aborden la salud mental de estas víctimas, además de desarrollar futuras investigaciones acerca de los aspectos de la violencia intrafamiliar que no se han abordado o de los cuales sea necesario profundizar para obtener un mayor conocimiento de la temática que facilite las intervenciones de todos los puntos importantes para su erradicación.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, C., Arredondo, V., Cañas, J., Gutiérrez, C., Henríquez, G., Herrera, M., Martínez, G., et al (2007). III Congreso de Psicología Jurídica y Forense del Caribe. V Latinoamericano: Las Palabras de las Víctimas. Asociación Colombiana de Psicología Jurídica y Forense ACPJF. Barranquilla, Octubre 11 – 13.

Asociación Psiquiatría Americana (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. DSM IV-TR. Barcelona. Ed. Masson.

Ávila, A., Escobar, O. & Mesa, M. (2000). ¿Cómo Influye la Violencia Intrafamiliar en la Salud Mental de las Familias, Dentro de un Contexto de Desarrollo Humano? Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Trabajo Social. Medellín. Trabajo de Grado para obtener el título de Especialista en Trabajo Social Familiar.

Bañol, A. (2001). *Violencia Intrafamiliar*. Primera Edición. Colombia. Librería Jurídica Sánchez R. LTDA.

Barley, M. (2004). Violencia Intrafamiliar o Violencia Doméstica. Ponencia del Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre Niñez e Iglesia. Realizado en Sao Paulo, Brasil del 1 al 5 de noviembre del 2004. Documento. Recuperado el 9 de febrero de 2008 de www.redviva.org/admin/biblioteca/documentos/violenciaintra.pdf

Beck, A. & Freeman, A. (1999). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Barcelona. Paidós.

Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. España. Gedisa.

Calderón, J. (2001). La salud Mental. Universidad de Caldas. Departamento de Salud Mental y Desarrollo Humano. Colombia. *Revista Salud Mental, Sociedad y Cotidianidad*, 1 – 24.

Calderón, J. (2004). Examen del Caso Clínico Desde el Enfoque Cognitivo-Conductual. Aperturas Psicoanalíticas, Hacia Modelos Integradores. [Versión Electrónica]. *Revista de Psicoanálisis*, 17. Recuperado el día 21 de febrero de 2008 de www.aperturas.org/17panelcalderon.html.

Capacitación a Funcionarios y Formación de Ciudadanos de Bogotá como Mediadores Comunitarios para el Distrito Capital. Conflicto y Violencia Intrafamiliar. (2002). Universidad Externado de Colombia - Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Recuperado el 28 de diciembre de 2007 de: <http://Atececx.Uexternado.Edu.Co/Mediador/Documentos/Conflicto.Pdf>

Castrillón, D., Chaves, L, Ferrer, A., Schnitter, M., Londoño, N., Maestre, K. & Marin, C. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en Población Colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.

Castro, N. & Mina, D. (2008). Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica en Víctimas de Desplazamiento Forzado. Universidad Pontificia Bolivariana. Trabajo de Grado para obtener el Título de Psicólogas [Tesis en Curso]. Bucaramanga.

Centro de Atención Integral a Víctimas de Agresión Sexual y Violencia Intrafamiliar (2008). Fiscalía General de la Nación. Seccional Bucaramanga. Datos no Publicados.

Centro de Formación en Técnicas de Evaluación Psicológica (s.f). Recuperado el día 23 de febrero de 2008 de <http://www.geocities.com/centrotecnicas/depre2.html>.

Congreso de la República, 28 de Junio de 2007. Ley 1142. Reforma Parcial de las Leyes 906 de 2004, 599 de 2000 y 600 de 2000.

Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una Mirada Interdisciplinaria sobre un Grave Problema Social*. Buenos Aires: Paidós.

Corsi, J (2004). *Violencia Masculina en la Pareja. Una Aproximación al Diagnóstico y a los Modelos de Intervención*. Buenos Aires. Paidós.

Chacón, R. & Ruano, F. (1999). *Abordaje Clínico a Hombre que Ejercen Violencia Doméstica*. Universidad Nacional. Trabajo de Grado para obtener el Título de Psicólogo. Bogotá.

Dalton, J. (2006). Sube Violencia Intrafamiliar en El Salvador. Noticia publicada el 25 de junio de 2006 en La Opinión. Noticia. Recuperada el 5 de Febrero de 2008 de: <http://www.laopinion.com/primerapagina/?rkey=00000000000000245270>

Díaz, A. & Jiménez, R. (2003). Violencia intrafamiliar. Presentación en Simposio. *Revista Gaceta Médica*. [Versión electrónica], 139(4). Recuperado el 20 de noviembre del 2008 de: http://www.anmm.org.mx/gaceta_rev/vol%20139/n4/simposio/v139_n4_SII_I.pdf

Duarte, Z. (2006). Violencia Intrafamiliar. Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia de Nicaragua. Recuperado el 21 de Enero de 2008 de <http://www.poderjudicial.gob.ni/arc-pdf/MLVIOLENCIAINTRAFAMILIAR.pdf>.

Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Psicología Pirámide.

Echeburúa, E. & De Corral, P. (2002). *Manual de violencia Intrafamiliar*. Editorial siglo XXI. España.

Escudero, J., Frigola, J. & Ganzenmüller, C. (1999) *La Violencia Doméstica. Regulación Legal y Análisis Sociológico y Multidisciplinar*. España. Bosch.

Falcón, M. (2001). *La Violencia en Casa*. México. ED. Paidós.

Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, B., Levín, M. & Estévez, A. (2005) Las Estrategias de Afrontamiento y su Relación con el Nivel de Bienestar Psicológico. Un Estudio con Adolescentes de Nivel Socioeconómico Bajo de Tucumán, Argentina. *Revista Anales de Psicología*. [Versión electrónica], 21(1), 66-72. Recuperado el 17 de febrero de 2008 de: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/08-21_1.pdf.

Fiscalía General de la Nación. Centros de Investigación y Atención Integral a Víctimas Delitos de Violencia Sexual e Intrafamiliar -CAIVAS – CAVIF- (2006). Guía para

Modelos de Procesos y Procedimientos. Memorias Primer Curso de Formación para el Fortalecimiento de la Investigación Criminal en Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar. Santa Fe de Bogotá. Recuperado el 9 de febrero de 2007 de: www.oim.org.co/anexos/documentos/publicaciones/libro108.pdf

García, M. (2004). Conceptualización de Salud Mental desde los Diferentes Campos de Intervención donde Realizan las Prácticas los Estudiantes de Pregrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Psicología Clínica con Énfasis en Salud Mental. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Gómez-Restrepo, C. (2004). El Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, ¿Investigación para la Acción o para el Cesto del Olvido? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 33(2). Recuperado el 29 de febrero de 2008 de <http://www.psiquiatria.org.co/revista/detalleArticuloHTML.php?ed=1&anoFec=2004&mesFec=6>

González, J. & Tarazona, Y. (2004). Boletín del Observatorio de Salud Pública de Santander. Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual. Recuperado el día 12 de Marzo de 2006 de: www.observatorio.saludsantander.gov.co

González, M., Rojas, C., Santana, J. & Ballesteros, B. (2005) Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Padres y Madres de Niños y Jóvenes Diagnosticados como Autistas. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia Javeriana. Recuperado el 15 de Febrero de 2008 de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis30.pdf>.

Grupo de Investigación en Salud Mental, (2006) Centro de Investigaciones. Facultad Nacional de Salud Pública “HÉCTOR ABAD GÓMEZ”. Universidad de Antioquia. Área de Desarrollo Académico: Comportamiento Humano y Salud.

Haz paz. (s.f.) (a) Política Nacional de construcción de paz y convivencia familiar. Masculinidad y violencia intrafamiliar (5).

Haz paz. (s.f.) (b) Política Nacional de construcción de paz y convivencia familiar. Historia, legislación y violencia conyugal.

Hernández, A. (1998). *Familia. Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. Editorial El Búho. Santa Fé de Bogota.

Hernández, E. & Correa, E. (2004). La Violencia Intrafamiliar: Una Forma de Expresión del abuso de Poder. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, 50, XVIII.

Herrera, J. (2000). *Violencia Intrafamiliar*. Editorial Leyer. Cáp. II - V Santa Fé de Bogotá.

Hormiga, C. & Rodríguez, L. (2007) *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander*, 3(1), 3 – 31.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI. (2003). Estadísticas a Propósito del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres, Datos Nacionales. México D. F. Recuperado el 20 de Enero de 2008 de: http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/VIOLENCIA_INTRAFAMILIAR_2003.pdf.

Jacobson, N. & Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo Poner fin a las Relaciones Abusivas*. Barcelona. Paidós.

Labrador, F. & Rincón, P. (2002). Trastorno de Estrés Postraumático en Víctimas de Maltrato Doméstico: Evaluación de un Programa de Intervención. Universidad Complutense de Madrid. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (122), 905 – 932.

La Violencia en la Pareja (s.f.). Capítulo 4. Recuperado el 28 de noviembre de 2007 de: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Ed. Martínez Roca. Barcelona

Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre-Acevedo, D, (2006). Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping-modificada (EEC-M). En una Muestra Colombiana. [Versión electrónica] *Universitas Psychologica*, 5(2). Recuperado el 29 de febrero de 2008 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000200010&lng=pt&nrm=iso

Londoño, N., Maestre, K., Marín, Schnitter, M., Castrillon, D., Ferrer, A. & Chavez, L. (2007). Validación del Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE – TP), en Población Colombiana. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(2) ,138 – 162. Recuperado el 29 de febrero de 2008 de: http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/facultades/psicologia/Vol25N2/10_ValidazCCETP_aplVol25N2.pdf

Lopera, M. (1995). Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMTs). *Revista de Psicología Psique*, 6. pp. 51 – 59.

Lozano, M. & Núñez, A (2007). Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica de Víctimas de Abuso Sexual en Bucaramanga. Trabajo de Grado para Obtener el Título de Psicólogas. Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia.

Machuca, A. (2001). Apoyo Psicológico con Mujeres Maltratadas en su Relación de Pareja: Ilustración de un Caso Clínico. *Revista Psyque*, 10(2), 23 – 36.

Maestre, K.; Londoño, N.; Palacio, J.; Jiménez, E.; Muñiz, O.; Hewitt, N.; Urrea, C.; Agudelo, D. & Echeverri, J. (2006). Estado de Salud Mental y Factores de Riesgo Psicológico en Personas Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual, Asalto y Desplazamiento Forzado. Proyecto en Ejecución. Grupo de Estudios Clínicos y Sociales en Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia.

Maldonado, M. (1995). *Conflicto, Poder y Violencia en la Familia*. Editorial Facultad de Humanidades. Cali.

Mainieri, C. (1999). Estrés. Documento publicado en la World Wide Web el 03 de Noviembre. Recuperado el 15 de Enero de 2008 de: <http://healthclub.fortunecity.com/hockey/91/estres.html>.

Maquieira, V. & Sánchez, C. (1990). *Violencia y Sociedad Patriarcal*. Editorial Pablo Iglesias. Madrid.

Martín, M. D. & Jiménez, M. P. Fernández-Abascal, E. (s.f.) Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (E3A). Departamento de Psicología Básica II. Universidad Nacional de Educación a Distancia. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4). Recuperado el 20 de Febrero de 2008 de: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Matías, A.; Valenzuela, B.; Vargas, D.; Motta, E.; Rojas, E.; Contreras, E. et al. (2006). Congreso Internacional de Violencia Intrafamiliar. I.C.B.F. Bogota, Julio 26 – 28. Ediciones Impresora Limitada.

Matud, M. P. (2004). Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud de la Mujer Maltratada. *Revista Psicothema*, 16(3), 397 – 401.

Ministerio de Protección Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social. Cali. Recuperado el 10 de marzo de 2008 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15133DocumentNo1981.PDF>

Ministerio de Salud Pública (2006). Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Ministerio de Salud Pública de Uruguay, Programa Nacional Prioritario Salud de la Mujer y Género

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Recuperado el 13 de Febrero de 2008 de:

<http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Ginecologia-Obstetricia/Asistencia%20a%20%20mujeres%20en%20situacion%20de%20violencia%20domestica.pdf>

Molina, N. (2001) La Apropiación de los Espacios Comunes en la Prolongación de los Conflictos. Seminario Ciencias Sociales y Humanas. Ponencia efectuada en 1º Seminario de Ciencias Humanas y Sociales, Coordinado por los Becarios del ICCI – AECI (Institut Català de Cooperació Iberoamericana y Agencia Española de Cooperación Internacional). Recuperado el 11 de Enero de 2008 de: http://www.geocities.com/seminarioicci/ponencia_03.htm

Molina, N. (2004). Resistencia Comunitaria y Transformación de Conflictos. Un análisis desde el Conflicto Político – Armado Colombiano. *Atenea Digital*, 6. Recuperado el 11 de Enero de 2008 de: <http://ddd.uab.es/pub/athdig/15788946n6a32.htm>

Montañés, P. & Moyano, M. (2006). Violencia de Género sobre Inmigrantes en España. Un Análisis Psicosocial. *Revista Pensamiento Psicológico*, 2(6), 21 – 32

Navarro, G. (2002). Programa Estatal de la Mujer, Proyecto Anexo al Plan Estatal de Desarrollo 2002-2007. Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California. Recuperado el 4 de Febrero del 2008 de: <http://www.bajacalifornia.gob.mx/inmujer/mujer.pdf>

Navarro-Pertusa, E., Barberá, E. & Reig, A. (2003). Diferencias de Género en Motivación Sexual. [Versión Electrónica]. *Psicothem*, 15(3), 395-400. Recuperado el 10 de Marzo de 2008 de <http://www.psicothema.com/pdf/1078.pdf>

Nolasco, M. (2001). La Violencia de Género y su Impacto en la Salud mental de las Mujeres. *Revista Ahora.com.do*, 230(1). Recuperado el día 20 de Enero de: <http://ahora.com.do/Edicion230/SECCIONES/actualidad2.html>.

Pérez, M. (2002). Agresiones entre Parejas, Identidad de Género y Experiencia de Ira entre Hombres y Mujeres en Bogotá. Universidad de los Andes, 23.

Pérez (2003). Psicopatología de la Mujer Víctima de la Violencia Doméstica. Recuperado el día 15 de marzo de 2007 de www.edec.com.ar/articulos/2htm.

Política Nacional del Campo de la Salud Mental (2007). Salud Mental: Fuerza Impulsora del Desarrollo del País y de la Garantía de Derechos. Bogotá, Noviembre del 2007. Recuperado el 7 de diciembre de 2007 de: <http://www.dssa.gov.co/download/mental/POL%C3%8DTICA%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf>

Quirós, E. (2003). El Impacto de la Violencia Intrafamiliar: Transitando de la Desesperanza a la Recuperación del Derecho a Vivir Libres de Violencia. [Versión electrónica]. *Perspectivas Psicológicas*, 3-4, 155-163. Recuperado el 29 de diciembre de 2008 de: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902003000100017&lng=pt&nrm=is

Redondo, G. (2002). A propósito de la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Una Aproximación a Soacha. Ponencia presentada en el XI Congreso Internacional de Derecho de Familia “Familia de hoy, y Familia del Futuro. Individuo, Familia, Comunidad y Estado”. Organizado por el Departamento de Derecho Civil de la Universidad Externado de Colombia. Información Recopilada en el Documento: Conflictos Familiares, su Prevención y Tratamiento. Universidad Externado de Colombia, 305 – 323

Rodríguez, L., Antuña, M. & Rodríguez, J. (2001). Psicología y Violencia Doméstica: Un Nuevo Reto a un Viejo Problema. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 6, 67 – 76.

Rojas, M. & Rojas, S. (2007). Dossier Informativo. Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Chile. Recuperado el 10 de Febrero de 2008 de: www.isis.cl/Feminicidio/doc/doc/Dossier-Red_julio07.doc.

Salas, L. (2005). Trasmisión Intergeneracional de la Violencia Intrafamiliar: Evidencia para las Familias Colombianas. Universidad de los Andes. Documento Centro de Estudios Sobre Desarrollo Económico -CEDE-, 47.

Saltijeral, M. T., Ramos, L. & Caballero, M. A. (1998). Las mujeres que han sido Víctimas de Maltrato Conyugal: Tipos de Violencia Experimentada y Algunos Efectos en la Salud Mental. *Revista. Salud Mental*, 21(2), abril.

Silva, P. (2006). La violencia Intrafamiliar. Santiago de Chile. Recuperado el día 12 de febrero de 2007 de <http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/paola/violencia/index.htm>

Stith, S., Williams, M. & Rosen, K. (1990). *Psicología de la Violencia en el Hogar*. Desclée de Brower. Bilbao.

Tájer, D. (2003). Clase Impartida en el Curso Internacional “Políticas Públicas, Mujer y Salud”. Proyecto Universidad Itinerante de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Popayán, Colombia, Noviembre 6 y 8.

Torres, M. (2006). *Al Cerrar la Puerta. Análisis y Vivencias del Maltrato en la Familia*. Santa fe de Bogotá. Grupo Editorial Norma.

Traverso, M. (2000). *Violencia en la Pareja la Cara Oculta de la Relación*. Washington D.C. Banco Iberoamericano de Desarrollo.

Vaquerazo, G. (2007). “Genero y Derechos de las Mujeres”. Boletina del Observatorio de la Violencia de Genero contra las Mujeres (6), septiembre. El Salvador. Recuperado el 6 de Febrero de 2007 de: http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/boletinas/2007_09_BOLETINA.pdf

Vírveda, J. (2000). La Familia y la Violencia Intrafamiliar. *Psicología Iberoamericana*, 8(3 – 4), 59 – 65

Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner’s Guide*. The Guilford Press. New York

Zambrano, M. (1985). *Mejor Sola que Mal Acompañada*. Editorial Seal Press. Estados Unidos.

Zarza, M. & Froján, M. (2005). Estudio de la Violencia Doméstica en una Muestra de Mujeres Latinas Residentes en Estados Unidos. *Revista de Anales de Psicología*, 21(1), 18 – 26.

12. ANEXOS

Anexo 1: Cuadernillo de Aplicación de Pruebas



ESTADO DE SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN PSICOLOGICA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN BUCARAMANGA Y FLORIDABLANCA

La presente investigación se realiza en el marco del convenio Fiscalía General de la Nación – Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, cuya investigadora principal es Phd. Diana María Agudelo Vélez (docente e investigadora de la Universidad) y las coinvestigadoras Milexy Carolina Carvajal Méndez y Luzmar Quintero Delgado, estudiantes de psicología en proceso de tesis.

El proceso de investigación tiene como principal finalidad estudiar el estado de salud mental de personas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, para lo cual se ha creado una base de datos con la información sociodemográfica de los usuarios.

Esta información es de absoluta confidencialidad, con lo cual se asegura que sus datos personales no serán divulgados por ningún medio.

Bienvenido (a)



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Después de haber recibido toda la información referente a la investigación **Estado de Salud Mental y Caracterización Psicológica en Víctimas de Violencia Intrafamiliar en Bucaramanga y Floridablanca** por parte de MILEXY CAROLINA CARVAJAL MÉNDEZ Y LUZMAR QUINTERO DELGADO, quien dio respuesta a mis inquietudes, manifiesto libre, consciente y voluntariamente mi intención de participar en la investigación.

En constancia firmo:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

Fecha: _____

Nombre, firma y documento de identidad de la investigadora

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

NOTA

Estudios futuros

Nuestros planes de investigación aparecen resumidos en el formato de consentimiento. Los resultados de nuestra investigación serán grabados con un código numérico y estos no serán colocados en su historia clínica. Los resultados serán publicados en revistas de literatura médica científica garantizando que la identificación de los participantes no aparecerá en estas publicaciones.

Es posible que en el futuro su historia clínica y las repuestas de los cuestionarios sean utilizadas para otras investigaciones cuyos objetivos y propósitos no aparecen especificados en el formato de consentimiento que usted firmará. Si esto llegara a suceder, toda su información será entregada de manera codificada para garantizar que no se revelará su nombre. De igual manera, si otros grupos de investigadores solicitan información para hacer estudios cooperativos, la información se enviará sólo con el código. Es decir, su identificación no saldrá fuera de la base de datos codificada de nuestro grupo de investigación.

CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIOS FUTUROS

Yo estoy de acuerdo en autorizar que la información de la historia clínica y de los cuestionarios, de mi representado legal sea utilizada en otras investigaciones en el futuro.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía #: _____ de: _____

INSTRUCCIONES GENERALES

A continuación usted encontrará tres cuestionarios que preguntan por la forma de pensar, actuar y sentir de las personas.

Lea las instrucciones de manera atenta y si tiene alguna duda por favor pregunte. Responda a la totalidad de las preguntas. Su información es muy valiosa para el estudio.

Se le recuerda que toda la información es de carácter confidencial y es anónima.

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Estrato:** _____

Estado Civil: _____

Nivel Educativo: Ninguno () Primaria () Bachillerato () Superior ()

CUESTIONARIO N° 1Instrucciones:

A continuación se presentan diferentes creencias y formas de comportamiento que emplean las personas en su vida cotidiana. Las creencias y formas de comportamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación. **Responda señalando con una X** el número que mejor indique su forma de pensar o de comportarse. Tenga en cuenta la siguiente valoración que usted dará a sus respuestas:

1	2	3	4	5	6
No me describe en nada	Me describe mínimamente	Me describe un poco	Me describe moderadamente	Me describe mucho	Me describe perfectamente

1. Busco orden y reglas para que la tarea se realicen bien	1	2	3	4	5	6
2. Tiendo a ser meticuloso para que todo funcione bien	1	2	3	4	5	6
3. Busco ser muy competente para no fracasar	1	2	3	4	5	6
4. Los detalles son extremadamente importantes	1	2	3	4	5	6
5. Creo que los demás tienden a ser demasiado descuidados	1	2	3	4	5	6
6. Pienso que los demás son irresponsables y demasiado autocomplacientes	1	2	3	4	5	6
7. Considero que las personas con autoridad son muy controladoras	1	2	3	4	5	6
8. Creo que las personas con autoridad tienden a ser intrusivas y entrometidas	1	2	3	4	5	6
9. Ser controlado o dominado por los demás es intolerable	1	2	3	4	5	6
10. Considero que soy una persona muy agradable y atractiva	1	2	3	4	5	6
11. Pienso que los otros me admiran	1	2	3	4	5	6
12. Las personas son especiales conmigo	1	2	3	4	5	6
13. Soy una persona encantadora e irresistible	1	2	3	4	5	6
14. Soy una persona demasiado especial	1	2	3	4	5	6
15. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto	1	2	3	4	5	6
16. Me incomoda mucho no conseguir aquello a lo que creo tener derecho	1	2	3	4	5	6
17. Siento que las relaciones limitan mi libertad	1	2	3	4	5	6
18. Me incomoda sentir que tengo compromisos con las personas	1	2	3	4	5	6
19. Evito tener compromisos con los demás	1	2	3	4	5	6
20. No soporto el aburrimiento	1	2	3	4	5	6
21. Es horrible que las personas no sean amigables conmigo	1	2	3	4	5	6
22. Es terrible que la gente me ignore	1	2	3	4	5	6
23. No tolero la soledad	1	2	3	4	5	6
24. No confío en otras personas	1	2	3	4	5	6
25. Soy una persona desconfiada	1	2	3	4	5	6
26. Estoy constantemente en guardia	1	2	3	4	5	6
27. Tiendo a ser receloso y desconfiado	1	2	3	4	5	6
28. Estoy alerta para que los demás no traten de usarme o manipularme	1	2	3	4	5	6
29. Soy suspicaz	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO N° 2Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna, el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	FRECUEMENTEMENTE	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado					1 2 3 4 5 6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)					1 2 3 4 5 6
3.	Procuro no pensar en el problema					1 2 3 4 5 6
4.	Descargo mi mal humor con los demás					1 2 3 4 5 6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema					1 2 3 4 5 6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento					1 2 3 4 5 6
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional					1 2 3 4 5 6
8.	Asisto a la iglesia					1 2 3 4 5 6
9.	Espero que la solución llegue sola					1 2 3 4 5 6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados					1 2 3 4 5 6
11.	Procuro guardar para mí los sentimientos					1 2 3 4 5 6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás					1 2 3 4 5 6
13.	Intento sacar algo positivo del problema					1 2 3 4 5 6
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema					1 2 3 4 5 6
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten					1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro					1 2 3 4 5 6
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema					1 2 3 4 5 6
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona					1 2 3 4 5 6
19.	Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo					1 2 3 4 5 6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento					1 2 3 4 5 6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema					1 2 3 4 5 6
22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias					1 2 3 4 5 6

23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1 2 3 4 5 6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1 2 3 4 5 6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1 2 3 4 5 6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1 2 3 4 5 6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1 2 3 4 5 6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1 2 3 4 5 6
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1 2 3 4 5 6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1 2 3 4 5 6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1 2 3 4 5 6
32.	Evito pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1 2 3 4 5 6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1 2 3 4 5 6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1 2 3 4 5 6
36.	Rezo	1 2 3 4 5 6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1 2 3 4 5 6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver que puede pasar	1 2 3 4 5 6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al Problema	1 2 3 4 5 6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1 2 3 4 5 6
41.	Inhibo mis propias emociones	1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan	1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas	1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de casillas	1 2 3 4 5 6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1 2 3 4 5 6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indiquen cuál sería el mejor camino a seguir	1 2 3 4 5 6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1 2 3 4 5 6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme	1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	1 2 3 4 5 6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1 2 3 4 5 6
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1 2 3 4 5 6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6

62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6

CUESTIONARIO N°3**INSTRUCCIONES**

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.				1 2 3 4 5 6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.				1 2 3 4 5 6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.				1 2 3 4 5 6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.				1 2 3 4 5 6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.				1 2 3 4 5 6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.				1 2 3 4 5 6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo				1 2 3 4 5 6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.				1 2 3 4 5 6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.				1 2 3 4 5 6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.				1 2 3 4 5 6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.				1 2 3 4 5 6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.				1 2 3 4 5 6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.				1 2 3 4 5 6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.				1 2 3 4 5 6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.				1 2 3 4 5 6

16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1 2 3 4 5 6
18	Me preocupa ser atacado.	1 2 3 4 5 6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1 2 3 4 5 6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1 2 3 4 5 6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1 2 3 4 5 6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1 2 3 4 5 6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1 2 3 4 5 6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1 2 3 4 5 6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1 2 3 4 5 6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1 2 3 4 5 6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1 2 3 4 5 6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1 2 3 4 5 6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1 2 3 4 5 6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1 2 3 4 5 6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1 2 3 4 5 6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”.	1 2 3 4 5 6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1 2 3 4 5 6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1 2 3 4 5 6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1 2 3 4 5 6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1 2 3 4 5 6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1 2 3 4 5 6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1 2 3 4 5 6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1 2 3 4 5 6

41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1 2 3 4 5 6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1 2 3 4 5 6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1 2 3 4 5 6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1 2 3 4 5 6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1 2 3 4 5 6

(A continuación se encontraban las hojas de respuesta de la M.I.N.I., que no se anexan dada su magnitud).