



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISEÑO DE TRABAJO DE GRADO

TEMA:

**Elaboración de un plan terapéutico a través de la Terapia Cognitiva
Conductual para modificar las distorsiones cognitivas en una mujer
víctima de violencia**

**Trabajo de graduación previo a la
obtención del título de PSICÓLOGA
CLÍNICA**

DIRECTORA:

Master. María Alexandra Córdova Vega

ELABORADO POR:

Marcia Janneth Mogrovejo Guamán

Cuenca – Ecuador

2010

DEDICATORIA:

A las Mujeres que son víctimas de violencia quienes acuden en busca de ayuda a las diferentes Instituciones que están al servicio de su integridad física y psicológica.

AGRADECIMIENTO:

Este trabajo no lo habría llevado a cabo sin la ayuda de muchas personas que me apoyaron en la realización del mismo.

Agradezco a mi familia, por el apoyo incondicional que me brindaron, la comprensión y tolerancia que diariamente han tenido conmigo. Apoyo que se vio reflejado en largas horas de compañía, desveladas intensas, en sí el esfuerzo fue compartido por cada uno de mis familiares.

Además agradezco a la Master Alexandra Córdova, tutora de mi diseño de trabajo, por su dedicación y paciencia tanto en la revisión de los escritos, como en las reuniones de tutoría.

Las palabras confortadoras de todas estas personas me han servido para que mis objetivos no queden en medio camino sino que lleguen al final. Agradezco inmensamente a cada uno de ellos por ser mi fuente de alegría y tranquilidad cuando buscaba opinión y asesoría. Sin su ayuda incondicional no hubiese podido culminar el presente trabajo.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de caso basado en una mujer víctima de violencia. La violencia contra la mujer es una de las problemáticas más difíciles de tratar dentro de la cultura actual puesto que afecta el normal desarrollo de las personas involucradas. Desde un punto de vista histórico este problema viene atravesando barreras religiosas, educacionales y de clase social; sin mirar raza, edad, nivel de instrucción y posición económica. La violencia deja secuelas en quienes son víctimas del maltrato sea físico o psicológico. La baja autoestima y el miedo que presenta la paciente víctima de violencia es producto de las pautas violentas a las que está sometida, además la baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento derivada a su vez de creencias personales a menudo aprendidas en la etapa infantil, actuando a nivel inconsciente sin que la paciente se percate de su papel. Dada la magnitud de esta problemática, se ha visto de suma importancia el desarrollar un plan terapéutico basado en la terapia Cognitiva Conductual.

ABSTRACT

This project presents the study of a case based on a female victim of violence. Violence against women is one of the most difficult problems to treat within the current culture due to the fact that it affects the normal development of the people involved. From a historical point of view, this problem breaks through religious, educational and social barriers; race, age, education and economic position are not factors that exclude victims. Violence leaves marks on those who are victims of physical or physiological abuse. The low self-esteem and fear that the patient shows is product of the abuse to which she is submitted to. Furthermore, low self-esteem is related to a distortion of thinking based on personal beliefs usually learned during childhood, which acts on an unconscious level that is often not perceived by the patient. Given the magnitude of the problem, it has been seen of great importance the development of a treatment plan based on cognitive behavioral therapy.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and flourishes, enclosed within a hand-drawn oval border.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

ESTUDIO DE CASO	1
1.1. HISTORIA CLÍNICA.....	1
1.2. RESULTADO DE LA ENTREVISTA Y BATERIA DE TEST.....	5
1.3. DIAGNÓSTICO Y EJES.....	7
1.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	7

CAPÍTULO 2

DE ACUERDO A LOS ASPECTOS CLÍNICOS CITADOS EN EL CAPÍTULO I ES NECESARIO PRECISAR ALGUNOS TÉRMINOS.....	9
2.1. INDEFENSIÓN APRENDIDA.....	9
2.1.1. Que pasa durante la infancia.....	13
2.2. MIEDO.....	15
2.3. AUTOESTIMA.....	18
2.3.1. Cómo se forma la autoestima.....	22
2.4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	23
2.4.1. Formas de Violencia Intrafamiliar.....	24
2.4.1.1. Violencia Física.....	24
2.4.1.2. Violencia Sexual.....	25
2.4.1.3. Violencia Psicológica.....	25
2.4.2. Efectos de la Violencia Intrafamiliar.....	27
2.4.3. Círculo de la Violencia Intrafamiliar.....	28
2.4.3.1. Acumulación de tensión.....	28
2.4.3.2. Episodio agudo de violencia.....	29
2.4.3.3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel.....	29
2.4.4. Características de la mujer víctima de violencia.....	30
2.4.5. Inhibidores de la violencia.....	32
2.4.6 Mitos y Realidades acerca del matrimonio.....	33
2.5. TERAPIA COGNITIVA DE BECK.....	35
2.5.1. Pruebas de realidad.....	37
2.5.2. Pensamientos automáticos.....	38

2.5.2.1. Características de los pensamientos automáticos.....	40
2.5.2.2. Método para cambiar los pensamientos negativos.....	41
2.5.3. Distorsiones cognitivas.....	48
2.5.3.1. Filtraje.....	49
2.5.3.2. Pensamiento Todo o Nada.....	49
2.5.3.3. Sobregeneralización.....	49
2.5.3.4. Interpretación del pensamiento.....	49
2.5.3.5. Visión catastrófica.....	49
2.5.3.6. Personalización.....	49
2.5.3.7. Falacia de control.....	49
2.5.3.8. Falacia de justicia.....	50
2.5.3.9. Razonamiento emocional.....	50
2.5.3.10. Falacia de cambio.....	50
2.5.3.11. Etiquetas globales.....	50
2.5.3.12. Culpabilidad.....	50
2.5.3.13. Los debería.....	50
2.5.3.14. Tener razón.....	51
2.5.3.15. Falacia de recompensa divina.....	51
2.5.4. Aplicaciones Prácticas.....	51

CAPÍTULO 3

PLAN TERAPEÚTICO.....	53
3.1. Primera Fase: Evaluación, Conceptualización y Socialización Terapéutica.....	53
3.2. Segunda Fase: Estrategias Cognitivas y Conductuales.....	56
3.3. Tercera Fase: Terminación, Seguimiento y Prevención de Recaídas.....	62
CONCLUSIONES.....	65
RECOMENDACIONES.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS.....	69

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende analizar una de las problemáticas más difíciles de tratar, la violencia intrafamiliar ha venido atravesando barreras religiosas, educacionales y de clase social, aunque en ocasiones la violencia es imperceptible, muchas de las veces, por no decir en la mayoría, deja secuelas en quienes son víctimas del maltrato sea físico o psicológico, la degradación de la autoestima toma su curso llegando a un punto tal de imposibilitar a la mujer a tomar un papel activo dentro de la sociedad.

En la cultura, como en otras, a los hombres y mujeres se les atribuyen roles bien definidos. Se espera que los hombres sean independientes y competitivos; se les valora por su capacidad sexual e intelectual. A las mujeres se las valora por su capacidad de nutrir, cuidar y brindar amor incondicional a los que las rodean; se las socializa para ser sumisas y dependientes de sus esposos o compañeros. La autoestima y la identidad de la mujer se basan en su capacidad de cumplir con estos estereotipos. (Luna, *Violencia Contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes* 75).

En el libro *Mujeres Maltratadas* de la autora Marie France Hirigoyen los estereotipos de la masculinidad y la feminidad datan de la Revolución industrial del siglo XVIII. A lo masculino se le atribuía la fuerza, el valor, la voluntad de actuar, en cambio lo femenino implicaba dulzura, paciencia e instinto maternal. Se privaba a las mujeres de cualquier derecho y se convertían en propiedad de su marido. “En esta época, aunque se lamentaba la violencia física de los hombres hacia las mujeres, se aceptaba la dominación porque, a cambio, el hombre debía aportar, en principio, seguridad y protección. El artículo 213 del antiguo Código Civil francés afirmaba: El marido debe protección a su esposa, que, como contrapartida, le promete obediencia” (59).

Es así como desde un punto de vista histórico, al hombre se lo ha considerado como el único que tiene el poder y la mujer a su vez a quedado excluida, este acontecimiento ha condicionado su modo de pensar: “es así porque siempre ha sido así”. De esta manera es como las mujeres han aprendido a desempeñar el rol que se les ha asignado, aunque este rol las minusvalorara.

Desde esta perspectiva machista, la mujer pierde o dicho más propiamente, nunca ha alcanzado lo que por derecho como ser humano merece: individualidad e identidad, independencia, capacidad de decisión, libertad de

expresión, oportunidades de promoción, etc.; estas restricciones, con menos dramatismo se hacen patentes también para el caso de las hijas mujeres, a quienes, a veces incluso con el concurso de la madre, se les inculca a aprender destrezas para ser “buenas amas de casa”, dejando de lado sus necesidades de promoción y profesionalización, porque para ser felices, todo lo que van a necesitar es un buen marido, “al que hay que aprender a servir”, incluso antes de conocerlo (Luna, *Violencia Contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes* 22)

Walter Riso en su libro *Aprendiendo a Quererse a sí Mismo* manifiesta que la imagen que el ser humano tiene de sí mismo, es decir, lo que piensa y siente, no es heredada o genéticamente transmitida, es aprendida y almacenada en nuestro cerebro en forma de teorías llamadas autoesquemas. Hay autoesquemas positivos y negativos. Los primeros nos llevarán a estimarnos y los segundos a odiarnos. Es por este motivo que muchos de nosotros estamos totalmente convencidos de que lo que pensamos es siempre cierto y pocas veces nos detenemos a contrarrestar lo que pensamos, es ahí donde los pensamientos automáticos inician su recorrido, nos hacen atravesar situaciones dolorosas impidiéndonos tener una vida plena, digna y armónica. Por eso la importancia de Psicoeducar a las personas víctimas de violencia haciéndoles conscientes que sus sentimientos dolorosos son productos de sus pensamientos erróneos o distorsionados, motivo por el cual llegamos a creer que no valemos como seres humanos, creyéndonos inútiles e incapaces de funcionar adecuadamente.

En las situaciones de violencia contra la mujer existe la presencia de relaciones inequitativas de poder entre hombres y mujeres, las cuales son ejercidas en todos los ámbitos: físico, psicológico y sexual. Las consecuencias sobre las víctimas son devastadoras como por ejemplo la pérdida de la autoestima, indefensión aprendida, miedo, e incluso la pérdida de la propia vida.

Este trabajo en su primer capítulo muestra, el estudio de caso de la paciente víctima de violencia basado en la historia clínica así como en los resultados de la entrevista y batería de test.

En el segundo capítulo se precisan algunos términos de acuerdo a los aspectos clínicos citados en el capítulo I, en este apartado analizaremos la indefensión aprendida, el miedo, la autoestima; en cuanto a la autoestima, veremos su importancia, así como el proceso de formación desde la infancia. De igual manera revisaremos el tema de violencia intrafamiliar, el mismo que se define desde la

visión de importantes autores, lo cual también sirve de marco para analizar las diferentes formas de violencia. Por otro lado abordaremos los mitos y realidades acerca del matrimonio y como punto final nos centraremos en la terapia cognitiva de Beck, analizaremos dentro de la terapia las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos que mantienen las mujeres víctimas de violencia.

El tercer capítulo está dedicado a trabajar el plan terapéutico basado en la terapia cognitiva conductual.

PRIMER CAPÍTULO: Estudio de Caso.

1.1 HISTORIA CLÍNICA

1.1.1 Datos de filiación.

Nombres y Apellidos: Teresa Ortega (nombre ficticio)

Lugar y fecha de nacimiento: nació en Cuenca, provincia del Azuay el 28 de septiembre de 1970.

Sexo: femenino.

Edad: 40 años.

Estado civil: casada

Religión: católica.

Escolaridad: primaria.

Ocupación: ama de casa.

Domicilio: sector Totoracocha (lugar ficticio)

1.1.2 Fuente de información

Directa..... Indirecta.... Mixta...X...

Confiabilidad: buena

1.1.3 Motivo de consulta o ingreso.

Agresión física y psicológica por parte de su conviviente.

1.1.4 Padecimiento actual.

La paciente manifiesta que desde su infancia presenció actos de violencia por parte de su padre a su madre. A los 18 años la paciente se casó con un señor quien a los 3 meses de estar viviendo juntos la agredió físicamente, de ahí en adelante las agresiones continuaron tornándose cada vez más difíciles de controlar, a eso se suman las agresiones psicológicas que recibió constantemente por parte de su conviviente. El señor la agredía lanzándole zapatos, le pegaba con la correa, cabos y palos. En una ocasión le desvió el tabique motivo por el cual fue trasladada al hospital, luego de este incidente ella regresó con su conviviente creyendo que él cambiaría, al pasar los años él la abandonó por otra mujer. Este acontecimiento le afectó enormemente. A los 2 años de estar viviendo sola la paciente inició una nueva relación, quien a los pocos meses comenzó a insultarla, a golpearla tornándose cada vez más agresivo, es así como el cuadro de violencia se repitió de nuevo, ella se siente humillada, desvalorizada, manifiesta: “me siento sola, triste, quisiera que el cuide de mí, me hable, me escuche, que no me ponga mala cara, que no me pegue,

que me apoye con un poquito de dinero”. Las distorsiones cognitivas que presenta la paciente ha hecho que su autoestima disminuya a tal punto de creer que no vale nada, que jamás saldrá adelante por sí sola, piensa que si su conviviente la deja ella no podrá seguir adelante, además depende económicamente de él lo que la ha llevado a creer que si ella lo abandona no tendrá medios para subsistir, por otro lado la paciente teme que él tome represalias en su contra si lo abandona, motivo que le ha llevado a silenciar sus problemas.

1.1.5 Antecedentes personales patológicos.

La paciente manifiesta haber sufrido violencia física y psicológica por parte de su padre, además fue víctima de violencia psicológica por parte de familiares paternos.

1.1.6 Antecedentes familiares patológicos.

La hermana mayor de la paciente también fue víctima de violencia física y psicológica por parte de su conviviente, recibió un golpe en el vientre lo que la llevó a la muerte. Tanto la paciente como sus hermanas desde la infancia fueron inculcadas que el matrimonio es una cruz que se debe cargar para toda la vida, que se debe respetar al esposo pese a todo lo que él haga o diga, eso les enseñó su madre.

1.1.7 Condición socioeconómica.

La paciente y su familia siempre tuvieron limitaciones económicas, su infancia fue crucial, no tenían dinero ni contaban con los suficientes recursos económicos, su casa en ese entonces no disponía de servicios básicos, el padre de la paciente no le proporcionó ninguna ayuda económica lo que la llevó a trabajar desde temprana edad, imposibilitándola a continuar estudiando. Tanto en su primer compromiso como en el segundo compromiso, la paciente depende económicamente de su conviviente. En la actualidad su condición económica es mala.

1.1.8 Psicobiografía.

a) Embarazo, Parto y Desarrollo psicomotor.

La madre de la paciente por tener limitaciones económicas nunca se hizo atender por un ginecólogo, durante su embarazo sufrió agresiones físicas y psicológicas por parte de su esposo.

Parto: normal, nació de 9 meses. Desarrollo psicomotor: normal.

b) Núcleo Familiar.

Paciente es la tercera de cuatro hermanos. Madre: Blanca Palacios (nombre ficticio) falleció a los 65 años de edad debido a un paro cardíaco. La paciente

manifiesta que su madre fue cariñosa con ella al igual que con sus hermanos, a pesar de haber tenido limitaciones económicas la Sra. Blanca trabajó muy duro para poder darles a sus hijos lo que necesitaban, la paciente recuerda que su madre siempre le inculcó el respeto hacia los demás sobre todo el respeto hacia el esposo, le decía que haga lo que haga el marido, ella siempre debe respetarle y no reaccionar de manera agresiva con él, además le había dicho que el matrimonio es como una cruz que debe cargar para toda la vida. Es así como la paciente desde su infancia tomó una actitud sumisa frente al comportamiento violento por parte de su padre. La relación de la paciente con su madre y hermanos fue buena.

Padre: Miguel Ortega (nombre ficticio) falleció a los 70 años de edad con cáncer al estómago. La paciente manifiesta que su padre fue una persona estricta con quien no tuvo una buena relación debido al maltrato físico y psicológico que recibió en su infancia, además la paciente recuerda haber presenciado cuadros de violencia por parte de su padre hacia su madre, motivo que la llevó a desarrollar una actitud de sumisión frente a la agresión. Por otro lado su padre no le proporcionó ninguna ayuda económica, razón por la cual dejó de estudiar y se dedicó a trabajar. La relación de la paciente con su padre fue mala.

c) Primera Infancia.

La paciente manifiesta que su infancia fue muy difícil debido a las limitaciones económicas que tenían, habían días que no comía ni ella ni sus hermanos y que su abuela paterna contaba con los recursos económicos necesarios pero jamás les brindó ayuda económica, por otro lado la paciente presenció por muchas ocasiones la agresión de su padre hacia su madre, lo que la llevó a desarrollar patrones de conducta sumisos debido al temor que le tenía a su padre.

d) Etapa Escolar.

La paciente terminó la primaria con normal rendimiento, la relación con sus compañeros y maestros fue buena. Disfrutaba al jugar con sus amigas de la escuela. No continuó sus estudios secundarios por limitaciones económicas.

e) Adolescencia.

Durante la adolescencia, la paciente trabajó en diferentes actividades, luego salió de su casa para independizarse, la paciente recuerda que la adolescencia fue la etapa más feliz de su vida, ya que no presenciaba el maltrato de su padre. En esta etapa se caracterizaba por ser una joven alegre, divertida, disfrutaba de lo que realizaba, además manifestó que gracias a su trabajo pudo comprarse lo que

necesitaba, de vez en cuando, visitaba a su madre y le ayudaba económicamente en lo que podía.

f) Edad Adulta.

A los 18 años de edad se casó, en ese entonces dejó de trabajar para dedicarse a las tareas domésticas. A los 3 meses de estar viviendo con su conviviente éste le agredió físicamente, de ahí en adelante la paciente fue víctima de agresiones físicas y psicológicas. Por una ocasión la paciente fue trasladada al hospital debido a la desviación del tabique que presentó ocasionado por parte de su pareja, luego de este incidente la paciente decidió regresar con su conviviente creyendo que su situación cambiaría. A pesar de haber sido víctima de violencia, la paciente siempre adoptó una conducta sumisa, sin tener ningún resentimiento en contra de su conviviente, jamás lo denunció a pesar de tener conocimiento de las leyes que amparan a las mujeres víctimas de violencia. 12 años más tarde su pareja la abandonó por otra mujer. Ella nunca tuvo un hijo debido a que su esposo no pudo por motivos médicos. A los 2 años de estar viviendo sola, la paciente inició una nueva relación, sin imaginar que el cuadro de violencia que experimentó en su primera relación se volvería a repetir, la paciente manifiesta ser humillada, gritada e ignorada. Actualmente se dedica a los quehaceres domésticos y a la crianza de una sobrina que tiene 7 años.

g) Vida Sexual.

La paciente manifestó que en su primer matrimonio fue violada en algunas ocasiones por su pareja quien a su vez en la mayoría de las veces se encontraba en estado estético. Jamás contó este acontecimiento a su familia pues no quería hacerle quedar mal a su pareja. De igual manera la paciente reveló que en su segundo compromiso, su vida sexual es mala, alegó que se siente utilizada por su conviviente. Su vida sexual en general ha sido mala, pues no encontró satisfacción sexual debido a que luego de ser agredida, tenía que hacer todo lo que su pareja le pedía.

h) Vida Conyugal.

La vida conyugal de la paciente en su primer matrimonio fue mala, su relación no ha sido satisfactoria debido a las agresiones físicas y psicológicas a las que estuvo expuesta. Actualmente en su segundo compromiso la relación no ha mejorado, debido a que la paciente no es tomada en cuenta, pues su pareja la ignora y no comenta con ella nada de lo que hace o piensa hacer.

i) Vida Laboral.

Luego de haber abandonado sus estudios primarios, la paciente empezó a trabajar, sintiéndose bien en lo que realizaba. Poco después de haberse casado dejó de trabajar y empezó a tener necesidades económicas ya que no contaba con suficiente dinero. Posteriormente de que su esposo la abandonara, la paciente emprendió su propio negocio, instaló una peluquería cerca de la casa donde vivía, 2 años más tarde inicia una nueva relación y es ahí donde definitivamente la paciente deja de trabajar porque el horario de su trabajo no era fijo, en algunas ocasiones no llegaba puntual a casa, razón por la cual era agredida debido a la desconfianza de su pareja, este hecho la llevó a abandonar definitivamente su trabajo, dedicándose de lleno a las tareas domésticas. En la actualidad trabaja como ama de casa, pero manifiesta que el dinero que le proporciona su conviviente es muy limitado y no le alcanza para la comida ni para sus necesidades personales.

j) Vida Social.

La paciente manifestó que antes de haberse casado sus relaciones interpersonales eran buenas, solía salir a menudo y se divertía con sus amigas y amigos, pero luego éstas fueron deteriorándose a raíz de que se casó, de ahí en adelante mantuvo restringidas sus amistades por temor a que su esposo se enojara si ella salía. Actualmente tiene una vida social pasiva, visita y se comunica con su familia de vez en cuando.

k) Personalidad.

Durante la entrevista la paciente fue colaboradora y comunicativa, en algunos instantes la entrevista se detenía porque sus lágrimas la impedían hablar, luego de tranquilizarse continuaba dialogando manifestando que se siente mal por la manera en que su conviviente la humilla, la maltrata y la ignora. La paciente presenta una baja autoestima, se le ve muy poco motivada para realizar alguna actividad, temiéndole así al futuro y a cualquier decisión que implique un cambio en su estilo de vida.

1.2 Resultados de la Entrevista y Batería de test.

En la entrevista Semiestructurada para víctimas de violencia doméstica, se pudo evidenciar que la paciente es víctima de violencia intrafamiliar ya que manifestó literalmente lo siguiente: “La violencia es la peor pesadilla, lo peor de haber vivido, indudablemente es un trauma que arrastra toda la vida”. De igual

manera en la entrevista expresó que a más de la agresión física recibe insultos de manera frecuente con palabras soeces. Por dos ocasiones ha sido trasladada al Hospital, la primera vez porque su primer conviviente le desvió el tabique y la segunda vez le rompió el pómulo, motivo por el cual fue intervenida inmediatamente. Luego de este incidente la paciente no puso ninguna denuncia, manifestando que su madre la había educado diciéndole que debe respetar a su esposo y no hacerle ningún daño. Cuando se le preguntó a la paciente que si luego de las agresiones físicas y psicológicas recibidas por ambos convivientes tenía sentimientos de venganza u odio en contra de ellos, ella respondió que no, pues piensa que su conviviente cambiará algún día, que su comportamiento no será así para siempre.

Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan 1991). Los pensamientos automáticos más relevantes fueron: Filtraje, Interpretación del pensamiento, Visión catastrófica, Los Debería y Falacia de recompensa divina. Luego se le aplicó un listado basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig (1985) de distorsiones cognitivas y su manejo, aquí se le realizó algunas preguntas para que contrarrestara sus pensamientos automáticos y los resultados fueron que la paciente no tenía evidencias para contrarrestar lo que pensaba.

Inventario de cogniciones postraumáticas Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999). La paciente manifestó que no confía en que hará las cosas bien, se considera una persona débil, desdichada, muerta interiormente, percibe al mundo como un lugar peligroso, siente que su vida ha sido destrozada por el trauma, no confía en sí misma y sobre todo piensa que nunca más le sucederá algo bueno.

Escala de Inadaptación. Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000). A causa de los problemas que presenta la paciente, su vida social al igual que sus actividades habituales en los ratos libres como (salidas, cenas, viajes, práctica deportiva, etc.) se ha visto afectada enormemente. La paciente manifiesta que la relación de pareja se ha deteriorado. Su vida familiar está afectada debido al aislamiento que mantiene con sus familiares. Por último la vida de la paciente en general está afectada notablemente.

Escala de Autoestima de Rosenberg. Aquí se pudo evidenciar que la paciente víctima de violencia se siente fracasada, con pocas cualidades buenas, cree no tener muchos motivos para sentirse orgullosa de sí misma, en ocasiones se siente inútil e incompetente, en general desearía valorarse más a sí misma.

Autoestima: Autoexamen Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994
Revisión: 2003. Mediante esta evaluación la paciente manifestó sentirse triste. Casi siempre se siente el ser menos importante del mundo, siente que los demás dependen de ella, y por último no se considera una persona agresiva.

1.3 Diagnóstico. Ejes

En el Eje I Ninguno

En el Eje II Posible Trastorno de la personalidad por dependencia. Necesario evaluar a posterior.

En el Eje III Ninguno

En el Eje IV Problemas Psicosociales y Ambientales:

La violencia intrafamiliar en la que se encuentra sumergida la paciente es un problema social al igual que uno de los incidentes más difíciles de tratar dentro de la cultura actual, este incidente ha hecho que la paciente presente una baja autoestima como producto de las distorsiones cognitivas que experimenta, llevándola cada vez más a creer que no vale como ser humano ya que las agresiones físicas y psicológicas a las que está expuesta la convencen de que en realidad no tiene valía personal y esto ha hecho que se afecte el normal desarrollo de su desenvolvimiento siendo esta situación la manifestación más conmovedora y destructiva al que está expuesta, motivo por el cual su normal desarrollo ha sido restringido, impidiéndola tomar un papel activo en la sociedad.

1.4 Conclusiones y Recomendaciones

La baja autoestima, la indefensión aprendida y el miedo que presenta la paciente víctima de violencia es producto de las pautas violentas a las que ha estado sometida y de la creación de las distorsiones cognitivas derivadas a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, actuando a nivel “inconsciente” sin que la paciente se percate de su papel.

Estos pensamientos e interpretaciones se convirtieron en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo. Como resultado de estos pensamientos negativos la paciente experimenta sentimientos dolorosos derivados de sus creencias irracionales o significados personales adquiridos en la experiencia, motivo por el cual la paciente debe asistir a

terapia para trabajar en la autoestima y las distorsiones cognitivas que presenta. Se recomienda que la paciente sea evaluada para comprobar un posible Trastorno de la personalidad por dependencia.

SEGUNDO CAPÍTULO

De acuerdo a los aspectos clínicos citados en el capítulo I es necesario precisar algunos términos.

2.1 INDEFENSIÓN APRENDIDA

Las personas sometidas a situaciones de violencias no sólo reiteran patrones de apego aprendidos o propiciados en la infancia, sino que también han aprendido a ser indefensas frente a las personas que aman y a veces también frente a las que detentan autoridad.

La Indefensión aprendida fue postulada por el psicólogo Martin Seligman. Él exponía a dos perros, encerrados en sendas jaulas, a descargas eléctricas ocasionales. Uno de los animales tenía la posibilidad de accionar una palanca con el hocico para detener esa descarga, mientras el otro animal no tenía medios para hacerlo. El tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la electricidad, el otro también dejaba de recibirla. En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y ya sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo. (http://www.mirtanunez.com.ar/planicacion-sucesoria/es/Articulos/C_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSIÓN_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm)

El síndrome de la indefensión aprendida o adquirida, denominada también de desesperanza inducida, es una condición psicológica en la que una persona aprende a creer que está indefensa, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. Como resultado de un proceso continuado sistemático de violencia, la víctima permanece pasiva frente a una situación dolorosa o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad de cambiar tales circunstancias. A pesar de esto, son muchas las víctimas de maltrato condenadas a oír, cómo se les cuestiona por el hecho de creer y seguir a sus propios agresores. Desconocer la complejidad en el tema, muchas veces nos impide comprender qué ocurre en la mente de aquellos sometidos a una violencia recurrente. Los expertos refieren este síndrome como una “adaptación psicológica”, una salida

posible que encontraron las víctimas para procesar tanto dolor: Cuando se ha sufrido violencia - en todas sus manifestaciones - ciertas situaciones se presentan como “sin salida” y antes de intentar cualquier acción para revertirla, se asumen como tal, en el pleno convencimiento de que nada ya puede hacerse para mejorar dicha realidad y que no hay otra salida que la adaptación. El más perfecto estado de la indefensión o adaptación es aquel que –cargado de desesperanza- conlleva la renuncia al intento mismo del cambio. (<http://nomequierastanto.blogspot.com/2009/07/la-indefension-aprendida.html>)

Marie France Hirigoyen en su libro “*Mujeres Maltratadas*” habla sobre la Impotencia Aprendida. Según la autora la impotencia aprendida es como una especie de adiestramiento. El concepto de “impotencia aprendida” nos permite comprender cómo los malos tratos sufridos en la infancia incrementan la vulnerabilidad de una mujer, de sufrir violencia por parte de su compañero. No se trata de masoquismo ni disfrute al ser víctima, sino de una alteración de los medios de defensa por culpa de una agresión en el pasado.

Aunque parecería lógico pensar que cuanto más grave sea la agresión que sufra la mujer, más ganas tendrá de marcharse, se observa, al contrario, que cuanto más grave y frecuente ha sido el maltrato, menos medios psicológicos de marcharse posee la mujer. No obstante, la aparente sumisión de las mujeres a su cónyuge violento no debe considerarse únicamente un síntoma, sino también una estrategia de adaptación y supervivencia. Las mujeres saben perfectamente, en el fondo de ellas mismas, que la oposición frontal a un hombre violento puede incrementar gravemente la violencia de éste; por lo tanto, intentarán calmarle y satisfacerle, para evitar que la situación empeore (Hirigoyen, *Mujeres Maltratadas* 81)

En el libro “*Mujeres Maltratadas*”, Seligman, a partir de experimentos realizados con perros, describió el concepto de “Learned Helplessness”, que podría traducirse como “Impotencia Aprendida”:

Al principio del experimento, los perros estaban provistos de arneses que les impedían escaparse. Después, se les sometió a descargas eléctricas que no estaban precedidas por señal alguna y aparecían de forma aleatoria. Al día siguiente, los animales se sometían a un entrenamiento para aprender a evitar las descargas o a escaparse. El día después, se repetían los experimentos iniciales. Un tercio de los perros aprendió rápidamente a evitar las descargas eléctricas, pero los otros dos tercios adoptaron una actitud pasiva y no intentaron huir.

Los investigadores llegaron a la conclusión de que la actitud pasiva de dos tercios de los perros era consecuencia de la falta de control sobre la situación; eso les impedía aprender a escaparse.

“La impotencia aprendida disminuye la capacidad de las mujeres para encontrar soluciones a sus problemas e incluso hace que desaparezca en ellas todo deseo de salir de la situación” (80)

Según el autor Walter Riso en su libro “*Ama y no Sufras*” literalmente dice: “Nos parecemos más en el dolor que en el placer. La mayoría de las personas soportarían más fácilmente la ausencia del placer que la presencia del dolor: lo primero deprime, lo segundo enloquece” (222)

En ocasiones las mujeres permanecen con su pareja violenta porque creen que las alternativas que tienen son peores a su situación. Se convencen de que las cosas no están tan mal y piensan que son ellas las que incitan a la violencia por no haberse quedado calladas, se culpan y se censuran. Hay que destacar especialmente el síndrome de indefensión aprendida, porque en la situación de los malos tratos, éstos nunca vienen por un motivo concreto. Al ver que no hay manera de evitar los malos tratos se quedan paralizadas, se inmovilizan. Por eso desde fuera da la impresión de que la mujer no quiere remediar el problema. Las mujeres involucradas en estas situaciones, impulsadas por su desvalorización, no perciben la humillación que implica el esfuerzo de intentar arrancar amor, interés o cuidados auténticos a quien no puede o no quiere darlos o sentirlos. Ante los actos de violencia se culpabilizan y sienten que merecen ser castigadas por cuestionarse los valores ideológicos que sostienen la familia, por no asumir adecuadamente su papel de madre y esposa. Por eso intentan adaptarse a los requerimientos de su marido para ser aceptadas y no maltratadas, asumiendo un papel de subordinación, con las falsas expectativas de que si ella se comporta bien no dará lugar a que su marido la maltrate. (http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011)

Gary Chapman en su libro “*Los Cinco Lenguajes del Amor*” manifiesta que para el ser humano, Amor, es la palabra más importante y la menos entendida. Los psicólogos infantiles dicen que cada niño tiene ciertas necesidades emocionales básicas que nosotros los adultos debemos llenarlas. Entre estas necesidades emocionales, ninguna es más básica que la del amor, afecto y la necesidad de sentir que pertenece a alguien y es querido. Si tiene suficiente afecto, el niño llegará a ser

un adulto responsable. Sin ese amor, él o ella serán emocional y socialmente retardados afectivamente.

Gary Chapman habla de una metáfora “Dentro de cada niño hay un tanque emocional”, el cual debe ser llenado de amor. Cuando un niño se siente amado crecerá normalmente, pero cuando el tanque de amor está vacío, el niño se comportará mal. Obviamente no se ve un tanque de amor vacío dentro de esos niños, pero sí se ve las consecuencias que eso produce a largo plazo. El mal comportamiento de los niños es una búsqueda equivocada del amor que no sienten, es así como buscan amor en lugares equivocados y en caminos equivocados.

El tanque emocional hacer referencia al amor que recibimos de las personas que nos rodean. Si los demás nos dicen palabras agradables y a la vez nos hacen sentir bien, internamente y exteriormente expresaremos nuestra alegría reflejada en conductas adecuadas, pero al contrario si los que nos rodean no hacen más que desvalorizarnos o rechazarnos internamente y externamente no actuaremos adecuadamente.

La necesidad de amor no es simplemente un fenómeno de la infancia. Esta necesidad continúa en la edad adulta y en el matrimonio. Las cosas materiales no reemplazan al amor humano. Es así como llegamos a la conclusión de que los Adultos al igual que los Niños tienen también sus “tanques de amor”. El mantener lleno el tanque del amor es tan importante para el matrimonio, como es mantener el nivel correcto del aceite para el automóvil. Es de esta manera como los niños que crecieron carentes de afecto y que a su vez fueron víctimas de violencia aprendieron estos patrones de conducta como normales en su desarrollo sin tener en cuenta las consecuencias devastadoras que esto representa. Un niño que creció en un hogar violento no podrá ser un efectivo comunicador de amor porque él en su infancia aprendió a identificarse con estas conductas tomándolas como normales, es decir, aprendió a usar la violencia como único medio para resolver problemas, entonces este es el lenguaje que el niño o niña aprendió hablar y con el cual se identificará a lo futuro. La violencia a la que estuvo expuesto en su infancia fue su lenguaje principal, sin darse cuenta lo que esto significaría a futuro.

Chapman en su libro *“Los Cinco Lenguajes del Amor”* manifiesta que en el área de la lingüística existen diferentes lenguajes: chino, japonés, español, inglés, portugués, griego, alemán, francés, etc. La mayoría de nosotros crecimos aprendiendo el idioma de nuestros padres y parientes, el cual viene a ser nuestra

primera y principal lengua, la nativa. Más tarde podemos aprender otros idiomas, pero por lo general con mucho esfuerzo. Estos vienen a ser nuestros idiomas secundarios. Si hablamos solamente nuestro idioma principal y nos encontramos con alguien que habla un idioma diferente al nuestro, nuestra comunicación será limitada, de hecho ninguno de los dos podrá entenderse.

En el área del amor es igual. Su lenguaje amoroso y el lenguaje de su cónyuge pueden ser tan diferentes como el chino y el español, es decir, si una persona que fue víctima de violencia se encuentra con una persona cuya infancia fue proporcionada de afecto y amor las posibilidades de separación son altas porque los dos hablan idiomas diferentes, pero al contrario si una persona que fue víctima de violencia se encuentra con otra persona que haya tenido antecedentes similares, las posibilidades de permanecer sumergida en esa relación es alta porque ese idioma fue el que aprendió durante su infancia.

2.1.1 ¿Qué pasa durante la infancia?

Durante la infancia algunos niños crecen sintiéndose amados, queridos y apreciados, sin embargo otros los hacen sintiéndose no amados, no queridos, no apreciados.

- a) Los niños que se sienten amados por sus padres y allegados desarrollarán un lenguaje amoroso principal. Ellos hablarán y entenderán un lenguaje amoroso principal, más tarde pueden aprender un segundo lenguaje amoroso, pero siempre se sentirán más cómodos con su lenguaje principal original.
- b) Los niños que no se sienten amados por sus padres y allegados, también desarrollarán un lenguaje amoroso principal, sin embargo este será un tanto distorsionado.

Dentro de la violencia intrafamiliar la indefensión aprendida que presenta la mujer víctima de violencia se debe a que durante su infancia ella observó esta conducta cuando su padre maltrataba a su madre y aprendió que los golpes, las humillaciones, los insultos eran parte del matrimonio, y es así como esta niña al llegar a la adultez adoptó como lengua nativa que la violencia dentro del matrimonio es normal, porque desde pequeña esto fue lo que observó y lo que aprendió por parte de sus padres.

Cuando las personas, sobre todo en etapas tempranas de la vida, se han visto acorraladas en situaciones altamente aversivas ante las cuales no podían reaccionar ni

huir (como es el caso de los niños cuya familia les está brindando un patrón de apego disfuncional), aprenden a ser desamparadas. Es decir, se aprende a quedarse paralizado frente a determinadas situaciones aversivas, se aprende a ser indefenso.

Si la relación que tuvimos con nuestros padres fue esencialmente sana, con expresiones adecuadas de afecto, interés y aprobación, entonces, como adultos tendemos a sentirnos cómodos con las personas que engendran sentimientos similares de seguridad, calidez y dignidad positiva. Más aún, tendemos a evitar a la gente que nos hace sentir menos positiva con respecto a nosotras mismas a través de sus críticas o de su manipulación para con nosotras. Su conducta nos resultará repelente (Norwood, *Las Mujeres que Aman Demasiado* 93).

La necesidad de afecto también puede ser negada o satisfecha en forma insuficiente. Cuando los padres están peleando, es probable que quede poco tiempo y atención para los hijos. Este hecho hizo que la paciente sintiera hambre de amor. “La gente hambrienta hace malas compras” (Norwood, *Las Mujeres que Aman Demasiado* 37). Es así como desesperadamente hambrienta de amor y aprobación y familiarizada con el rechazo, la paciente estaba destinada a encontrar una persona que no le valore ni le estime como tal. Más aún había aprendido a soportar grandes dosis de dolor, por lo general desde la niñez.

“Es cierto que una infancia difícil o carencias afectivas suelen ser propias de los hombres violentos; sin embargo, su malestar no debe constituir una excusa para destruir a su compañera, sino, al contrario, una razón para iniciar una psicoterapia” (Hirigoyen, *Mujeres Maltratadas* 96).

Robin Norwood (op. cit.) relata cómo la intensidad de las emociones que actualizan las emociones disfuncionales que sufríamos con nuestros padres, provocan adicción al amor-sufrimiento. No me parece mala la comparación, porque es cierto, como ella dice, que liberarse de estas parejas es tan difícil como liberarse de una adicción y se pueden ver etapas similares.

“Cuando las experiencias de nuestra niñez son particularmente dolorosas, a menudo nos vemos obligados inconscientemente a recrear situaciones similares durante toda la vida” (Norwood, *Las Mujeres que Aman Demasiado* 40)

Martín Seligman (op. cit.) se plantea la pregunta “¿qué pensamos frente a las dificultades?” y distingue dos tipos de estilos atribucionales, o modelos explicativos: el estilo optimista y el estilo pesimista. Sus investigaciones muestran cómo las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas, tener mejor autoestima y generar

acciones exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas fácilmente frente a la adversidad. Así vemos que aprendemos a ser asertivos y a hacernos respetar por muchas personas, pero es mucho más difícil lograrlo con las personas que amamos, porque en los momentos de conflicto las conductas que surgen no suelen ser las que dicta la lógica sino las que nuestros patrones de apego desatan automáticamente.

El desamparo aprendido está acompañado de pensamientos destructivos. Las tendencias de las personas en esta situación son: la reacción a darse por vencidas, a no asumir la responsabilidad de realizar cambios y a no contestar frente a las adversidades. Y esto sucede porque habían construido una paralizante teoría: “No vale la pena hacer nada, porque haga lo que haga nada cambiará”.

Las personas pesimistas frente a cualquier amenaza o riesgo creen estar indefensas. Al intentar explicar las causas de estas situaciones lo hacen en un estilo atribucional pesimista, permanente, penetrante y personal y esto a su vez genera desamparo, esperan ser siempre desamparadas. O sea que frente a situaciones similares volverán a quedar indefensas. El estilo atribucional, según Martín Seligman se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías:

- El análisis causal cotidiano, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres.
- El tipo de crítica que los adultos (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Las etiquetas que nos ponían, “la tonta”, “el inteligente”, etc.
- La realidad de pérdidas y traumas en periodos críticos del desarrollo.

2.2 MIEDO

El miedo es un sentimiento aprendido en familias donde la violencia intrafamiliar es constitutiva de las relaciones. La socialización de niños y niñas se realiza observando y aprendiendo roles y reacciones del hombre y de la mujer. Las hijas mujeres aprenden por la experiencia que el dominio de la fuerza física, del golpe, puede más que la razón o el entendimiento. Las mujeres interiorizan desde la más temprana edad el miedo y el temor a sufrir la agresión, el miedo a la fragilidad de su propia integridad personal. (Ardaya y Erns, *Imaginario Urbano y Violencia Intrafamiliar* 67).

Se presume que sólo alrededor del 40% de las mujeres víctimas de violencia, denuncian. Muchas de ellas no han superado el miedo y la paralización

que provoca la violencia intrafamiliar... La denuncia es un paso importante, puesto que la mayoría de las mujeres se exponen a la reacción violenta de sus parejas, si conocen que ellas han acudido a la justicia. Por ésta y otras razones, muchas mujeres deciden no buscar ninguna ayuda. Incluso se ha podido constatar que son las mismas mujeres, las que después de haber denunciado y obtenido la detención de sus esposos/convivientes, piden su liberación, por miedo a su reacción o a que pierdan el trabajo... Muchos casos de mujeres que han soportado la violencia intrafamiliar durante varios años, reaccionan cuando los hijos están grandes y sienten que pueden apoyarse en ellos. Esta etapa coincide con el fin del ciclo reproductivo de las mujeres (Ardaya y Erns, *Imaginario Urbanos y Violencia Intrafamiliar* 68).

El miedo que experimentan las mujeres víctimas de violencia es real, es una sensación de parálisis que la imposibilita a tomar actitudes contrarias hacia el agresor debido al temor a que él tome represalias en contra de ella o de sus hijos. "No temas revisar, cambiar o modificar tus metas si ellas son fuente de sufrimiento" (Riso, *Aprendiendo a Quererse* 32).

La mayor parte de las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación. Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. "Si le dices algo a la policía te mato". Cuando se pregunta a algunas mujeres por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es ésta: "Por mis hijos; no quería que se criaran sin un padre". Parece una respuesta válida, pero si la analizamos profundamente descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia los hijos también sufren. El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanto maltrato venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente. (<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index.htm>24-03-10 hora12h45 am)

“Es preciso considerar la presión económica como una forma particular de violencia psicológica, una trampa o un chantaje suplementario, que impide a las mujeres salir de la relación alienante” (Hirigoyen, *Mujeres Maltratadas* 44)

La información empírica muestra que existe menor nivel de violencia en contra de las mujeres que ejercen su derecho al trabajo y a un ingreso que les permita grados importantes de autonomía. En efecto, en cuanto a la ocupación de las mujeres, se registra que las que sufren mayor violencia son las amas de casa, es decir, aquellas que no trabajan fuera del hogar y no perciben un ingreso por su trabajo (Ardaya y Erns, *Imaginario Urbanos y Violencia Intrafamiliar* 95).

El temor de tipo afectivo o económico hace que una mujer víctima de violencia llegue a pensar que los insultos son algo cotidiano, susurrando entre el miedo y la costumbre, de una tragedia que terminan asumiendo como normal (<http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/violenciaintrafam.pdf>)

El miedo de la víctima, sobre todo si viene acompañado de períodos intermitentes de ternura o de arrepentimiento por parte del agresor, sume a la mujer en un estado de confusión emocional que la paraliza y le lleva a mantenerse dentro de la relación (EcheburúyCorral, 1998) (http://www.uned.es/psicologia/accion_psicol/periodico/n2_vol1/3.pdf)

Entonces podemos decir que ese miedo es genuino, es real. El miedo que tiene la víctima de violencia intrafamiliar es verdadero, la paraliza, es algo psicológico pero también fisiológico, tiene un miedo inminente de algo que le está sucediendo o le va a suceder si procede de tal manera, y es que una víctima de violencia le tiene miedo a muchas cosas, a muchas situaciones, a verse envuelta en más problemas, de igual manera mantiene un silencio en torno a todo lo que le está sucediendo, no le cuenta a nadie su situación y mucho menos se atreve a acudir ante una fiscalía a interponer una denuncia.

¿Qué debemos hacer entonces en esa situación? lo primero es que no debemos obligar a la víctima a poner la denuncia, podemos indicarle que es lo más apropiado, pero en ella está el moverse y hacerlo, cuando ella hace “el insight” es que se da cuenta por lo que está pasando, que abre sus ojos, que mira por ella misma,

que ya no mira y siente por el agresor, entonces en ese preciso instante decide hablar y no sólo delante de la fiscalía, acude a todas partes a buscar ayuda, es ahí entonces cuando debemos de intervenir, guiarla, no dejarla sola. Cuando la paciente decide acudir a la fiscalía, ese lugar en el cual pensó tantas veces ir, que lo más probable es que haya ido varias veces hasta la puerta y se haya devuelto, pensado en mil ocasiones hablar, contar su historia, su realidad, y a pesar de ese miedo, sabe que no está sola, que se le puede ayudar, es ahí en donde nosotros podemos intervenir.

Ese miedo que siente, que le paraliza, ese miedo ante el agresor es real, por eso debemos poner un alto, debemos poner un límite, debemos poner la denuncia, no debemos callarnos. Sabemos que en algunos casos el agresor, no se detiene ante la denuncia interpuesta, sigue arremetiendo y por eso muchas víctimas, mejor deciden no poner la denuncia, pero poner la denuncia no es simplemente ir a la fiscalía, va mas allá de eso, es hablarlo, es comunicarlo a las personas indicadas, es activar la red de apoyo: “Es no quedarse en silencio” (http://www.centrovidayfamilia.com/articles.php?art_id=309&start=124-03-10 hora 1 h 29 am)

“Las mujeres educan a sus hijos con una concepción de supremacía y aunque no los eduquen así, con su actitud, con su comportamiento, al permitir la discriminación, al callar la agresión hacen posible que la rueda de la agresión gire indefinidamente” (Arias y Jácome, *Manual contra la Violencia a la Mujer y Familia* 17)

“La violencia es el resultado de un proceso de silencio cómplice” (47).

2.3 AUTOESTIMA

Las creencias que tenemos acerca de nosotros mismos, aquellas cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que nos atribuimos, conforman nuestra “imagen personal” o “autoimagen”. La “autoestima” es la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida. Nos sentimos listos o tontos, capaces o incapaces, nos gustamos o no. Esta autovaloración es muy importante, dado que de ella dependen en gran parte la realización de nuestro potencial personal y nuestros logros en la vida. De este modo, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida plantea. Por el contrario, los que tienen una autoestima

baja suelen autolimitarse y fracasar. (<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>)

La palabra autoestima está compuesta por dos conceptos: “auto” que se refiere a la persona por sí misma y “estima” que refiere a la consideración, aprecio, juicio, y valoración hacia uno mismo.

Autoestima indica los aspectos evaluativos y afectivos. La autoestima es el resultado de un largo proceso, determinado por un gran número de experiencias personales y sociales. Los éxitos y los fracasos, las valoraciones y los comentarios de las personas que rodean al niño, el ambiente humano en que crece, el estilo educativo de padres y profesores y los valores y modelos que la sociedad ofrece van cincelandando el autoconcepto y la autoestima. (Machargo, *Programa de Actividades para el Desarrollo de la Autoestima* 5)

La autoestima es la suma de juicios que una persona tiene de sí misma; es decir, lo que la persona se dice a sí misma sobre sí misma. La autoestima, entonces, sería el grado de satisfacción consigo mismo, la valorización de uno mismo (Haeussler Isabel y MilicicNeva, *Confiar en uno Mismo Programa de Autoestima* 13)

“El concepto de sí mismo se va formando gradualmente a través del tiempo y de las experiencias vividas por el sujeto. Son las experiencias positivas o negativas que los adultos recuerdan de su infancia, ellas explican en forma importante lo que las personas se dicen a sí mismas” (14).

Si mantenemos una buena autoestima estaremos mejor preparados para afrontar las adversidades que nos presenta la vida, pero al contrario si presentamos una baja autoestima seremos vulnerables a toda crítica por parte de los demás.

La autoestima es aprendida, es decir, aprendemos a valorarnos a nosotros mismos si nuestros padres nos han valorado cuando nosotros fuimos niños. La autoestima se construye en la relación con nuestros padres, de ellos depende que en el futuro seamos unos adultos que nos valoramos y que valoramos a los demás o que seamos unos adultos que nos criticamos y que criticamos a los demás.

El amor empieza por casa. “Desde pequeños nos enseñan conductas de autocuidado personal: lavarnos los dientes, bañarnos, comer, vestirnos. ¿Pero qué hay del autocuidado y de la higiene mental? No se nos enseña a querernos, a

gustarnos, a contemplarnos y a confiar en nosotros mismos” (Riso, *Aprendiendo a Quererse* 20).

Promulgamos el amor al prójimo a los cuatro vientos, repudiamos la agresión y el maltrato a otros, pero se nos permite, y hasta es bien visto, que regateemos, economicemos y midamos autoexpresiones de afecto. ¿Por qué debemos ser miserables con nosotros mismos? El amor a uno mismo debe expresarse con comportamientos tangibles, aunque la cultura los vea mal. (Riso, *Reflexiones para Vivir Mejor* 21).

El tema de la autoestima es fundamentalmente importante puesto que la autoestima es como el motor de un vehículo, sin éste el vehículo no funcionará. En ocasiones “La crudeza de la realidad o la más dolorosa desesperanza nos quita la carga de un futuro inconveniente” (15). “Un amor que exija la castración motivacional e intelectual del otro para que funcione, no es amor sino esclavitud” (17).

Debemos acercarnos con tranquilidad a nuestros hijos. Aceptarlos con sus características, su especial forma de ser y actuar. A pesar de contar, algunas veces, con el mismo padre y la misma madre cada hijo tiene una historia diferente que relatar acerca de cómo fue su crianza, su desarrollo físico, las enfermedades o dificultades que tuvo que afrontar y su desempeño escolar. Todos estos elementos hacen de cada ser humano único e irreplicable. Recordemos que cada vez que nos criticamos de una manera muy severa, nuestra energía se agota, nuestra estima personal se deprime y con ella nuestro ánimo. Estar deprimido significa estar falto de claridad, motivación y entusiasmo. Con estos sentimientos es poco probable que podamos tomar decisiones acertadas o que seamos creativos o recursivos. (<http://www.hellingercolombia.com/articulodoce.html>)

“Es paradójico: alimentamos la fuente de nuestra desdicha y no hacemos más que quejarnos” (Riso, *Pensar Bien Sentirse Bien* 54).

Una persona con una degradación de la autoestima no funciona adecuadamente, ni es capaz de desenvolverse tanto a nivel personal, laboral y social. La premisa para mantener una buena autoestima es “Conservar tu ser moral y negarte a ser objeto. Y un buen comienzo para ello es aceptar que tu pareja no es más que tú,

ni más valiosa, al menos en lo que se refiere a la posibilidad de recibir consideración y respeto” (Riso, *Los Límites del Amor* 22). “No importa cuánto te amen, sino cómo lo hagan” (122).

Según Robin Norwood, las mujeres que aman demasiado usan sus relaciones como drogas, para evitar experimentar lo que sentirían si se ocuparan de ellas mismas. “Amar demasiado no significa amar a demasiados hombres, ni enamorarse con demasiada frecuencia, ni sentir un amor genuino demasiado profundo por otro ser. En verdad, significa obsesionarse por un hombre y llamar a esa obsesión amor” (Norwood, *Las Mujeres que Aman Demasiado* 29).

Sentimos consideración, estima y amor por los demás. Sin embargo, quien debe ser el primer receptor de estos sentimientos es uno mismo. “Una de las ironías de la vida es que las mujeres podemos responder con gran compasión y comprensión a la vida de otros y mostrarnos ciegas ante el dolor en nuestra propia vida” (Norwood, *Las Mujeres que Aman Demasiado* 15)

Las personas somos complejas y muy difíciles de definir en pocas palabras. Es muy importante no hacer generalizaciones a partir de uno o dos aspectos. Ejemplos:

- Podemos ser muy habladores con los amigos/as y ser callados/as en casa.
 - Ser un mal jugador de fútbol no indica que seamos un desastre en todos los deportes.
 - Que no nos salga bien un examen no significa que no sirvamos para los estudios.
- (<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>)

Las teorías o las creencias que hemos elaborado durante toda la vida sobre nosotros mismos, el mundo y el futuro se adhieren a nuestra psiquis, se mimetizan con todo el trasfondo informacional y las convertimos en verdades absolutas. Le hacemos demasiado caso a las creencias que nos han inculcado de pequeños. Si toda la vida te han dicho que eres un inútil, es probable que tu mente se crea el cuento y organice una base de datos sólida alrededor de la incompetencia percibida (Riso, *Pensar Bien, Sentirse Bien* 28).

Lo que no saben las personas dóciles y obedientes es que la sumisión, con el tiempo, produce fastidio y menosprecio por parte del que manda (necesitar al

esclavo no es amarlo). Así que, cuando alabas, suplicas o rindes reverencia a la persona que supuestamente amas para no perderla, estás generando en ella precisamente lo que quieres evitar: saciedad y desamor (Riso, *Los Límites del Amor* 87).

2.3.1 Cómo se forma la autoestima

El concepto de uno mismo va desarrollándose poco a poco a lo largo de la vida, cada etapa aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos, que darán como resultado una sensación general de valía e incapacidad. En la infancia descubrimos que somos niños o niñas, que tenemos manos, piernas, cabeza y otras partes de nuestro cuerpo. También descubrimos que somos seres distintos de los demás y que hay personas que nos aceptan y personas que nos rechazan. A partir de esas experiencias tempranas de aceptación y rechazo de los demás es cuando comenzamos a generar una idea sobre lo que valemos y por lo que valemos o dejamos de valer. Por ejemplo el niño gordito desde pequeño puede ser de mayor un adulto feliz o un adulto infeliz, la dicha final tiene mucho que ver con la actitud que demostraron los demás hacia su exceso de peso desde la infancia. (<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>)

Durante la adolescencia, una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, el joven necesita forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades como individuo. Es la época en la que el muchacho pasa de la dependencia de las personas a las que ama (la familia) a la independencia, a confiar en sus propios recursos. Si durante la infancia ha desarrollado una fuerte autoestima, le será relativamente fácil superar la crisis y alcanzar la madurez. Si se siente poco valioso corre el peligro de buscar la seguridad que le falta por caminos aparentemente fáciles y gratificantes, pero a la larga destructivos como la drogadicción. La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar). Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente. (<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml>)

En resumen: La persona no nace con un concepto de lo que ella es, sino que éste se va formando y desarrollando progresivamente en la medida en que se

relaciona con el ambiente, mediante la internalización de las experiencias físicas, psicológicas y sociales que la persona obtiene durante su desarrollo. La autoestima es algo que se aprende y, como todo lo aprendido, es susceptible de cambio y mejora a lo largo de toda la vida.

Este concepto se va formando a temprana edad y está marcado por dos aspectos:

- Por el autoconocimiento que tenga la persona de sí, es decir, el conjunto de datos que tiene la persona con respecto a su ser y sobre lo que no se aplica un juicio de valor.
- Por los ideales a los que espera llegar, es decir, cómo a la persona le gustaría o desearía ser.

Si ambos aspectos se acercan, la autoestima será cada vez más positiva. (<http://motivacionlaboral.galeon.com/autoestima.htm>)

“La valía personal nunca está en juego. Todo ser humano es querible por naturaleza. Por el sólo hecho de estar vivo eres digno de ser admirado” (Riso, *Reflexiones para Vivir Mejor* 32)

2.4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La Violencia Intrafamiliar se define a todo acto, que se comete en contra de la familia por uno de sus miembros y que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad física y psicológica, y la libertad de las personas. Esta violencia generalmente se ejerce dentro del hogar, pero también puede darse fuera de él y se expresa no solo como maltrato físico sino también en formas muy sutiles de maltrato psicológico y sexual. (Luna, *Violencia contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes* 68).

“Cuando las agresiones físicas no son frecuentes, las mujeres rara vez se sienten víctimas. Para ellas, los golpes aislados siempre tienen una explicación lógica: tiene preocupaciones en el trabajo, o bien estaba cansado” (Hirigoyen, *Mujeres Maltratadas* 37).

Para Swift (1986), la violencia familiar es un ciclo que se repite generacionalmente. Niños que han estado expuestos a violencia y abusos en el hogar

o que han sido testigos de ella son más proclives a ser víctimas de ellos o a ser agresores. La autora menciona numerosos estudios en los cuales se observa que los padres que golpean a sus esposas y/o niños son en la mayoría de casos personas que han estado expuestos durante su infancia a esta misma situación. Por otro lado, las mujeres que son golpeadas tienen mayor tendencia a golpear a sus hijos que las que no lo son. Incluso, afirma Swift, se ha observado que estas mismas mujeres han dejado esta conducta agresiva contra sus hijos cuando se han separado de sus maridos golpeadores. El riesgo menor, en todo caso, que corren los miembros de la familia expuestos a esta problemática es el aprendizaje de la violencia como forma de dar “solución” a cualquier conflicto interpersonal que se presente en su vida. (Estremadoyro, *Violencia en la Pareja* 19).

Cuando hablamos de violencia familiar o violencia intrafamiliar nos referimos a cualquier forma de conducta abusiva entre los integrantes de una familia, conducta en la cual existe una direccionalidad reiterada desde los más fuertes hacia los más débiles. El vínculo abusivo comporta un desequilibrio de poder. Este desequilibrio está construido culturalmente y es internalizado por los protagonistas concretos a partir de una construcción de significados (Teubal, *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones* 45).

El amor no debe doler. El amor implica confianza, protección, respeto a los gustos del otro, comunicación, caricias, ayudas al crecimiento emocional y espiritual. Consiste en compartir la vida con alegría, dialogar sobre las diferencias y preferencias, y respetar la integridad física, moral y espiritual de la persona amada.

“El amor requiere de dos, pero sin dejar de ser uno” (Riso, *Reflexiones para Vivir Mejor* 10)

“Amar no es anularse, sino un crecer de a dos. Un crecimiento donde las individualidades, lejos de opacarse, se destacan” (91)

2.4.1. Formas de Violencia Intrafamiliar

Violencia Física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación. (Arias y Jacome, *Manual contra la Violencia a la Mujer y la Familia* 84).

Violencia Sexual.- Todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo (84).

La violencia intrafamiliar no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales podríamos designarla como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano. La violencia intrafamiliar no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causan, que la violencia física, que todo el mundo puede ver.

Violencia Psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de la familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes (Arias y Jacome, *Manual contra la Violencia a la Mujer y la Familia* 84).

La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. Quien ha sufrido violencia física tiene huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin embargo, a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológicas le resulta más difícil comprobarlo.

Se habla de violencia psicológica cuando una persona adopta una serie de actitudes y palabras destinadas a denigrar o negar la manera de ser de otra persona. Estas palabras o estos gestos tienen por objetivo herir al otro. En momentos de ira, podemos pronunciar palabras hirientes, despectivas o hacer gestos fuera de lugar, pero generalmente esos deslices van seguidos de arrepentimientos o disculpas. En cambio, en la violencia psicológica no se trata de un desliz puntual, sino de una forma de relacionarse. Es negar al otro y considerarlo como un objeto. Estos modos de proceder están destinados a someter al otro, a controlarlo y mantener el poder. Se trata de un maltrato muy sutil; muy a menudo, las víctimas afirman que el terror se inicia con una mirada despectiva, una palabra humillante, un tono amenazador. Se trata, sin asestar ni un solo golpe, de incomodar a la otra persona, crear una tensión, aterrarla, para demostrar bien el poder que uno tiene. Indiscutiblemente, se produce

un disfrute al dominar al otro con una simple mirada o un cambio de tono. (Hirigoyen, *Mujeres Maltratadas* 25).

Si bien la violencia psicológica debe tenerse en cuenta, tampoco se trata de convertirla en un problema jurídico. Sería más útil luchar contra las mentalidades sexistas de los hombres, educar a los niños para que respeten a las niñas y liberar a ambos sexos de los estereotipos que se les atribuyen. Resulta fundamental que las mujeres aprendan a detectar los primeros signos de violencia y los denuncien, no necesariamente para iniciar un proceso judicial, sino para encontrar en ellas mismas la fuerza que les permita salir de una situación abusiva (16).

La violencia produce una falta de cariño a sí mismo, falta de seguridad. Generalmente la mujer agredida no tiene el valor suficiente para exigir respeto, porque se siente culpable, porque piensa que es ella quien genera la violencia. La mujer agredida pierde los patrones de afecto. No sabe cómo romper el círculo de violencia. Decide realizar ciertas “concesiones”, “ceder”, “callar”. Realiza transacciones con su agresor, le “perdona”, le “comprende”, con la esperanza de que el agresor cambie su conducta. (Arias y Jacome, *Manual contra la Violencia a la Mujer y la Familia* 49).

Existe una violencia escondida en la mujer al permitir la agresión, al representar el papel de víctima...Mientras más violencia y difícil es la relación, la mujer asume como un reto y trata de recuperarla. Pretende asumir su rol de redentora. Generalmente la “mujer redentora” tiene un pasado de violencia en su familia y su necesidad de “cambiar”, de “redimir” al agresor es al mismo tiempo, una búsqueda de afectos perdidos (Arias y Jacome, *Manual contra la Violencia a la Mujer y la Familia* 50).

Según Arias y Jacome en su libro “*Manual Contra la Violencia a la Mujer y la Familia*” se analiza la siguiente pregunta ¿Es la supremacía masculina el origen de la violencia? Dijo Dios: “hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza. Que mande a los peces del mar y a las aves del cielo, a las bestias, a las fieras salvajes y a los reptiles que se arrastran por el suelo. Y creó al hombre a su imagen. A imagen de Dios lo creó. Macho y Hembra los creó. Dios los bendijo, diciéndoles: “sean fecundos y multiplíquense. Llenen la tierra y sométanla. Manden a los peces del mar a las aves del cielo y a cuanto animal viva en la tierra”. Si Dios creó al hombre

(macho y hembra los creó) y les dio poder a los dos para que sometan la tierra y manden, ¿en qué momento surgió la supremacía del hombre?

Los movimientos sociales buscan explicar la violencia a través de la existencia del excedente económico. Cuando los primeros pueblos de nómadas sobrevivían en base a la recolección de frutos, la caza y la pesca, tanto hombres como mujeres cumplían el papel de proveedores.

El excedente económico despierta la codicia de grupos humanos que no tienen nada frente a otros que tienen de sobra para acumular. El saqueo de los unos a los otros, impone la necesidad de formar ejércitos para defender sus bienes. Es en esta etapa histórica que el hombre, vencedor de mil batallas se siente proveedor, poderoso, frente a la mujer que cuida la casa, la huerta y los animales.

Según la religión católica, los sacros mandamientos ejercen una fuerte influencia de prevalecer la unión familiar, sean cuales fueren las condiciones en que en esa unión familiar se desarrolle. “El lazo conyugal tiene que subsistir aunque las condiciones sean del todo negativas por aquello de lo que Dios a unido no le separe el hombre” (Luna, *Violencia Contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes* 21)

“No hay amor si hay abuso del poder, si hay dominación. El amor es lo contrario a la fuerza que se impone, es lo que se enfrenta a la crueldad” (Riso, *Ama y no Sufras* 206)

2.4.2. Efectos de la violencia intrafamiliar

Es importante identificar qué tipo de efectos tiene dicho fenómeno, entre los que se encuentran tenemos: la disfunción de la familia, el distanciamiento de sus miembros y las mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales.

- Los efectos psicofísicos son aquellos que producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto. Los Psíquicos hacen referencia a la desvaloración, baja autoestima y estrés emocional producido por las tensiones que produce el maltrato.
- En cuanto a los efectos físicos se manifiestan en forma de hematomas, heridas abiertas, fracturas, quemaduras, etc. Son producto de actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, puntapiés, etc.

- En el acto sexual también se presenta violencia cuando éste se produce en forma forzada, produciendo cambios en la personalidad y alteraciones en las relaciones con el violador, marido o compañero permanente o con los otros miembros de la familia. La violencia sexual es la imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo tener relaciones sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación y/o amenaza.
- Los efectos psicosociales son: la marginación, la exclusión y la violación de los derechos fundamentales de la mujer y los niños. Cuando se presenta un maltrato hacia la mujer ésta se ve obligada a aislarse de ciertas actividades sociales, de relaciones interfamiliares y hasta en su propio hogar. Dentro de la exclusión se ven afectados los niños en cuanto al afecto, puesto que una madre marginada forzosamente por la violencia intrafamiliar no puede brindar a sus hijos el amor que necesitan, lo que puede llevar a estos niños a la drogadicción, la prostitución y la delincuencia. (http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011)

2.4.3. Circulo de la violencia intrafamiliar

Cuando una pareja está empezando su relación es muy difícil que aparezca la violencia. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo que pasa por tres fases, las que difieren en duración según los casos. Es importante aclarar que el agresor no se detiene por sí solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

FASE 1. Acumulación de tensión

A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress. Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas. La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico. La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los hijos más silenciosos, etc. El abuso físico y verbal continúa. La

mujer comienza a sentirse responsable por el abuso. El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, a dónde va, con quién está, etc.) El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera le llenan la cabeza, o que están locos etc. Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo (http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011)

FASE 2. Episodio agudo de violencia

La tensión aumenta y se vuelve incontrolable. La mujer ya no es capaz de apaciguar al esposo/compañero y, el abuso se convierte en una situación de violencia intensa. Este es el clímax del ciclo de la violencia, en el cual la mujer puede ser fuertemente agredida, abusada sexualmente y rebajada a un estado inhumano. (Esta es también la fase en la cual algunas mujeres son asesinadas). Es en esta fase cuando a veces la mujer toma algún tipo de acción como llamar a la policía, buscar la ayuda de un médico o de una consejera, etc. En este momento el hombre siente que ha perdido el control sobre ella y que tiene que hacer algo para recuperarla (Luna, *Violencia Contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes* 74). Generalmente, la segunda fase dura entre dos y veinticuatro horas.

FASE 3. Etapas de calma, arrepentimiento o luna de miel

Es así como se comienza a desenvolver la tercera fase de este ciclo o la etapa de la “luna de miel”, el esposo o compañero se vuelve cariñoso y conquistador, promete que los incidentes de violencia no volverán a suceder. Le recuerda a la mujer lo importante que es mantenerse unidos por el “bienestar de los niños”, la colma de promesas de un futuro mejor. Le permite hacer cosas a las cuales él siempre se ha rehusado, como por ejemplo, hacer llamadas de larga distancia, comprar artículos que a ella le gustan, etc. Sin embargo, poco tiempo después, los incidentes de violencia se vuelven a repetir, a pesar de los esfuerzos de la mujer para prevenirlos (74).

Así como la brutalidad está asociada a la fase dos, la tercera fase se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte del agresor. Es durante esta fase cuando se completa el

proceso de hacer víctima a la mujer agredida. El agresor cree verdaderamente que nunca más le hará daño a la mujer que ama, cree que puede controlarse a sí mismo de ahora en adelante. También cree que le ha enseñado a ella la lección. (Ardaya y Ernst, *Imaginario Urbano y Violencia Intrafamiliar* 72).

Nota: La etapa de la “luna de miel” no siempre consiste sólo de arrepentimientos y esfuerzos por parte del hombre para reconciliarse; dentro de ésta también pueden ocurrir ofensas , más aún, muchas mujeres ni siquiera tienen la oportunidad de “disfrutar” de buenos momentos después de haber sido brutalmente golpeadas. (Luna, *Violencia contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes*74).

Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente. A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y volverá a comenzar el ciclo otra vez, que se retroalimenta a sí mismo.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

2.4.4 Características de la mujer víctima de violencia

La violencia se establece progresivamente en la pareja. La mujer se deja maltratar, en algunos casos, porque se considera la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y cree que éste depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial.

“Se sienten responsables por mantener la familia unida, su cultura les ha comunicado que es su deber permanecer junto a sus compañeros en las buenas y en las malas” (Luna, *Violencia contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes* 27).

La principal razón que demora o impide el abandono de la víctima es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica y el miedo a perder los hijos. Algunos rasgos de la mujer víctima de violencia son:

- Cree todos los mitos que viven las mujeres víctimas de violencia.
- Baja autoestima.

- Se siente fracasada como mujer, esposa y madre.
- Siente temor y pánico.
- Falta de control sobre su vida.
- Se siente incapaz de resolver su situación.
- Cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema.
- Se aísla socialmente.
- Teme al estigma del divorcio.

(http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011)

La mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia efectiva ("¡Qué bueno es él cuando no me golpea!"); su autoestima queda por los suelos hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes. "La negación del reconocimiento personal es una forma de autodestrucción" (Riso, *Aprendiendo a Quererse* 22).

"La minusvalía, el sentimiento de inferioridad de las mujeres, está reflejada en las justificaciones que asumen los hombres y las propias mujeres, cuando aquellos dicen: nunca te he pegado sin razón o tú lo provocaste" (Ardaya y Erns, *Imaginario Urbanos y Violencia Intrafamiliar* 99).

La mujer abusada se destruye psicológicamente. Eso la incapacita para tomar decisiones correctas, su autoestima queda por los suelos hasta creer que ella misma merece ser insultada y golpeada. Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada, porque el principio vital está herido de muerte. Si a una persona así aplastada se le amenaza con un "Si me denuncias, te mato", se sentirá paralizada. Las mujeres que aguantan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, toda la familia termina enferma. Las mujeres en situaciones abusivas pierden su autoestima. No saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren. (http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011)

Cuando la individualidad, con sus rasgos, sus proyectos y sus ideas, deja de ser el eje de nuestra vida para que otra persona ocupe totalmente ese lugar, se produce un desequilibrio y un vacío interior, la anulación de la personalidad y la gestación de una enorme dependencia. Todo lo que dice, hace o piensa el otro pasa a

ser vital para nuestra seguridad. La extrema necesidad de aprobación y la esclavización espiritual y hasta física llevan a un estado de inquietud permanente. Todo se vuelve amenazante para ese amor dependiente. En este sentido, el hombre violento también es dependiente de su esposa. Su baja autoestima le lleva a controlar todo lo que ella hace, pues se siente inseguro de que lo quiera y lo acepte por él mismo. De ahí que utilice todas las técnicas de abuso emocional para socavar la autoconfianza de la mujer, haciéndole creer que no puede arreglárselas sola y que es una inútil. (http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011)

2.4.5 Inhibidores de la violencia

Se definen como inhibidores de la violencia intrafamiliar aquellos elementos que predisponen a la ausencia de violencia en la pareja. Ardaya y Ernst en su libro *“Imaginario Urbanos y Violencia Intrafamiliar”* ponen de manifiesto los siguientes inhibidores.

Autonomía económica: los niveles de ingresos son un factor de peso en la relación de pareja, las situaciones de violencia afectan en menor cantidad a las parejas de ingresos medios y altos...la autonomía económica de las mujeres les permite cambiar de situación y autonomizarse de la pareja por la vía del divorcio o la separación.

Educación y Capacitación: los niveles de educación son factores que intervienen para atenuar la violencia intrafamiliar. La información empírica de la que se dispone muestra que mientras más elevado es el nivel educativo de la pareja, menor es la violencia, por lo menos física, aunque se insiste en elevados niveles de violencia psíquica. Además, los niveles de información y capacitación de las mujeres respecto a sus derechos juegan un papel importante en la eliminación de la violencia en la relación de pareja. Por ello, resulta importante la divulgación de la ley que sanciona los actos de violencia.

Autonomía Psíquica: la independencia y, en consecuencia, la autonomía de la mujer con respecto al marido y viceversa, son elementos que permiten una convivencia entre iguales.

Vigencia de Derechos: el reconocimiento de la existencia de la vigencia de derechos ciudadanos en el interior de la pareja, a partir de la consideración de que ambos gozan de iguales derechos, es un factor decisivo en la

consecución de una pareja democrática y exenta de violencia. La vigencia de derechos para ambos como personas adultas, y no como inferiores y dependientes, es el aspecto fundamental para lograr relaciones equitativas, democráticas y exentas de conflictos que no puedan resolverse por medio de negociaciones en las que ambos miembros sientan que se reconocen sus derechos.

2.4.6 Mitos y realidades acerca del matrimonio.

Cuántas veces habremos oído "si le pegan es que algo habrá hecho", ¿Cuántas mujeres piensan que los insultos continuos que les dedican sus maridos no son violencia intrafamiliar? Éstos son algunos de los mitos que hay que desterrar.

Hay grandes mitos sociales sobre el amor que sostienen que:

“Los que sufren por amor aman de verdad”

“Una mujer puede cambiar a un hombre por el poder de su amor”.

Toda sociedad genera explicaciones para justificar los niveles de violencia intrafamiliar que se generan en la relación conyugal. A continuación se presentarán algunos mitos que circulan en el saber cotidiano y popular acerca de la violencia en contra de las mujeres.

Mito: Si la mujer es golpeada es porque se deja, si realmente quisiera, podría dejar a su abusador.

Realidad: Generalmente cuando una mujer trata de defenderse, es golpeada con mayor fuerza, a nadie le gusta ser amenazada o golpeada, existen razones sociales, culturales, religiosas, económicas que mantienen a las mujeres dentro de la relación. El miedo es otra de las razones que las hace permanecer en sus hogares. Los peores episodios de violencia suceden cuando intentan abandonar a su pareja. Los golpeadores tratan de evitar que las mujeres se vayan a través de amenazas de lastimarlas o de lastimar a sus hijos o a ellos mismos. También influyen las actitudes sociales, tales como la creencia de que el éxito del matrimonio es responsabilidad de la mujer y que las mujeres dañan a sus hijos si los privan de su padre, sin importar cómo actúe él.

Mito: Si se porta mal merece ser golpeada.

Realidad: Nadie merece ser golpeado no importa qué haya hecho. Los golpeadores comúnmente culpan de su comportamiento a frustraciones menores, al abuso de alcohol o drogas o a lo que su pareja pudo haber dicho o hecho. La violencia, sin embargo, es su propia elección. La violencia intrafamiliar no puede ni debe estar justificada en ningún caso, cualquiera que sean las circunstancias. El maltratador siempre será un agresor y la persona maltratada su víctima.

Mito: La violencia intrafamiliar solo concierne a la familia.

Realidad: La violencia intrafamiliar es un problema de todos. Todos debemos proponernos detenerla. El agresor, no por ser parte de la familia tiene derecho a agredir y dañar, esto está mal y es ilegal, las víctimas deben tener y sentir el apoyo social para que de esta manera pierdan el miedo y se decidan a denunciar.

Mito: La violencia intrafamiliar es un problema de familias pobres y sin educación.

Realidad: La violencia intrafamiliar se produce en todas las clases sociales, sin distinción de factores sociales, raciales, económicos, educativos o religiosos. Las mujeres maltratadas de menores recursos económicos son más visibles debido a que buscan ayuda en las entidades estatales y figuran en las estadísticas. Suelen tener menores inhibiciones para hablar de este problema, al que muchas veces consideran "normal". Las mujeres con mayores recursos buscan apoyo en el ámbito privado, cuanto mayor es el nivel social y educativo de la víctima, sus dificultades para develar el problema son mayores. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la carencia de recursos económicos y educativos son un factor de riesgo, ya que implican un mayor aislamiento social. (<http://www.nuestraedad.com.mx/violenciaintrafamiliar-mitos.htm>24-03-10 hora 1h12am). HermannMondacaRaiteriDirector Grupo Proceso Chile.

Otros mitos son:

Mito: La violencia doméstica es un “asunto familiar” y corresponde al mundo privado.

Mito: Las mujeres agredidas son masoquistas y les gusta ser maltratadas.

Mito: La gran mayoría de los agresores son “enfermos”, son pobres y/o alcohólicos.

Mito: El hombre no se puede controlar porque por naturaleza es más agresivo. Por ello agrede a la mujer.

Mito: Se minimiza el problema a través de afirmaciones como: “en este país no es un problema serio”, “sólo fue un insulto, una bofetada apenas”, “en el momento de iras se puede decir o hacer cualquier cosa”, etc.

Mito: Se sostiene que el problema se debe a la vigencia de usos y costumbres; por lo tanto, es natural que en la vida de toda pareja haya violencia, pero ésta es controlable.

Mito: Se atribuye la violencia a la agredida y se sostiene que es la mujer la que se busca y merece el maltrato. Es común la interrogación del agresor a la agredida: “acaso te pegué sin razón”.

Mito: Se prioriza la necesidad de conservar la “unidad” familiar a como dé lugar: una familia con padre y madre, aunque sea malavenida, es siempre mejor que una familia sin padre (Ardaya y Ernst *Imaginación Urbanos y Violencia Intrafamiliar* 60).

2.5 TERAPIA COGNITIVA DE BECK

La terapia cognitiva deriva de los descubrimientos del psiquiatra americano A. Beck (1967) sobre que los trastornos psicológicos provienen en gran parte (aunque no exclusivamente) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo. Según los terapeutas cognitivos la mayor parte del sufrimiento humano deriva de creencias irracionales, supuestos o significados personales adquiridos en la experiencia. (http://www.psicologiaonline.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse1.htm)

La terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras

erróneas reciben el nombre de “distorsiones cognitivas”. Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida, que por lo general actúan a nivel “inconsciente” sin que la persona se percate de su papel. Esos significados o creencias subyacentes y tácitas (implícitas) reciben el nombre de “Esquemas cognitivos o Supuestos personales”. Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y expectativas futuras. Estos supuestos personales permanecen “inactivos o dormidos” a lo largo del tiempo en la memoria, y ante determinadas situaciones desencadenantes (p.e una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se “activan o despiertan” y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas), que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.e ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de conducta (p.e problemas de relación de pareja). A esas cogniciones se les denominan “pensamientos automáticos”. (“<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia1.htm>”)

Cuando los esquemas producen distorsiones de la realidad y como consecuencia errores del pensamiento, la persona se ve cada vez más incapacitada para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. Estas percepciones irrealistas que realiza el paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar problemas de autoestima.

Los pensamientos automáticos forman interpretaciones subjetivas erróneas de las cosas o situaciones que nos ocurren, por lo que se dice que están basadas en las distorsiones cognitivas. Estos pensamientos erróneos se diferencian de nuestros pensamientos racionales porque estos últimos tratan de reflexionar, ver las posibles alternativas ante los problemas y analizarlos para tratar de resolverlos. Pero hay que ser muy cautelosos porque estos pensamientos erróneos tienen el poder de hacer creer a la persona que los experimenta, que lo que piensa es real, sin darse cuenta de la distorsión que presenta. Es así como los sentimientos dolorosos son el resultado de las distorsiones cognitivas más no de los hechos en sí.

“Uno de los principales enemigos potenciales y reales del ser humano: el pensamiento...Pero paradójicamente, esa cualidad, que es la mejor aliada del ser

humano, por momentos puede convertirse en su peor enemiga y limitar sus posibilidades” (Riso, *Pensar Bien Sentirse Bien* 13).

En el libro “*Pensar Bien Sentirse Bien*” de Walter Riso se cita a Buda quien pone de manifiesto que la mente humana es la responsable principal de nuestro sufrimiento. “El problema no es el pensamiento en sí, sino cómo lo usamos” (58).

Las personas con problemas emocionales se afectan por situaciones y pensamientos que no preocupan a la mayoría de las personas. Por ello tienen también unos pensamientos negativos, distorsionados, que son exagerados, ilógicos, distorsionados y, por ende, poco realistas. La realidad no es tan mala como ellos la ven, pero su problemática personal les hace tener una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. En definitiva, las cosas del mundo nos afectan, en buena medida, según el modo en que pensamos sobre ellas. Evidentemente hay situaciones objetivamente negativas, ante las cuales todos pensamos negativamente: nos duele la pérdida de un ser querido, nos entristece la traición de un amigo, o nos puede irritar los favoritismos e injusticias que podemos contemplar en nuestro entorno. Sin embargo, cuando uno está triste o se siente asustado o culpable cuando no hay motivo para ello ya es un problema a tener en cuenta o sí, aun habiendo motivo, esas emociones son demasiado exageradas. (<http://nohaymentesincerebro.blogspot.com/2006/01/distorsiones-cognitivas.html> hora 1hora 55am)

2.5.1 Pruebas de Realidad

Este es el método “general” y “preferido” por la terapia cognitiva. Las pruebas de realidad consisten en una serie de preguntas que usted puede realizar dirigidas a sí mismo con el fin de comprobar el grado de validez que tienen sus pensamientos automáticos.

La primera prueba de realidad consiste en buscar las pruebas para mantener la seguridad en la creencia de un pensamiento automático: “¿Que pruebas tengo para creer esto? ¿Hay alguna prueba en contra de este pensamiento automático? La segunda prueba de realidad consiste en buscar otras interpretaciones o valoraciones distintas y posibles al pensamiento automático, a esto técnicamente se le llama retribución. Se utiliza una pregunta del estilo: “¿Puede haber otra explicación para esto?”, o “¿Puede haber otras razones o motivos para esto?”. Esta pregunta puede ser de utilidad para valorar la seguridad en los pensamientos automáticos referentes a las causas que asignamos a los sucesos. (http://www.psicologiaonline.com/ESMUBeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse4c.htm#realidad 23-03-10 hora 1h48 am)

Lo ideal sería que nuestra forma de pensar se ajustara como un guante a la realidad. Así nos evitaríamos sentirnos mal.

La realidad no es tan mala como las mujeres víctimas de violencia la ven, pero su problemática personal les hace tener una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. En definitiva, hay un hecho constatado: la realidad es la misma para todos pero no la interpretamos de la misma manera; las cosas del mundo nos afectan, en buena medida, según el modo en que pensamos sobre ellas. Una persona pesimista tendrá más pensamientos negativos que uno optimista, y en consecuencia su estado de ánimo será más triste, su desánimo mayor y no vivirá con la motivación de la otra persona. No se trata de ver el mundo de color de rosa, sino más bien de buscar un equilibrio entre las valoraciones positivas y negativas que podamos hacer de los acontecimientos. Después, cuando tenemos ocasión de comprobar la realidad, constatamos que no es tan negativa como pensábamos. (<http://nohaymentesincerebro.blogspot.com/2006/01/distorsiones-cognitivas.html> 23-03-10 hora 1h 55 am)

“Cuando buscas activamente la evidencia que sustenta un pensamiento, estás teniendo una actitud valiente y no sumisa frente a la mente. Si haces del debate basado en la evidencia una costumbre, un número considerable de malos pensamientos dejarán de molestarte. Ningún esquema o creencia puede convencerte sin tu consentimiento” (Riso, *Reflexiones para Vivir Mejor* 134).

Si logras observar las cosas como realmente son, dejando las parcialidades y las mentiras a un lado, tus esquemas irracionales comenzarán a tambalear. Aunque te duela el alma y tu organismo entre en crisis de abstinencia, no hay otro camino. La liberación afectiva y la ruptura de los viejos patrones de adicción no toleran la anestesia, porque las grandes revoluciones siempre exigen atención despierta. Además, tal como decía Jalil Gibrán: “Si no se rompe, ¿cómo logrará abrirse tu corazón? (<http://www.gabineteam.com/Distorsiones%20cognitivas.htm>23-03-10 hora 1h50 am)

2.5.2 Pensamientos automáticos.

Los pensamientos son las conclusiones a las que se llega después de analizar y procesar los datos. Si estas deducciones son inexactas, distorsionadas o equivocadas, es probable que la salud mental se afecte negativamente. Aunque no es el único factor que influye en el malestar psicológico, no cabe duda que el

pensamiento negativo y/o irracional dispara un sinnúmero de emociones perturbadoras y destructivas (Riso, *Pensar Bien Sentirse Bien* 67).

Se llaman **pensamientos negativos** porque se asocian a emociones negativas como la tristeza, la irritabilidad y porque ven solamente el lado negativo de las cosas; se llaman **automáticos** porque se encuentran unidos a estas emociones y si no aprendemos a controlarlas, pueden causarnos gran malestar. Se llaman pensamientos automáticos porque pasan por la mente automáticamente sin que se realice el menor esfuerzo para colocarlos allí; finalmente, se llaman pensamientos **distorsionados** porque desfiguran, distorsionan, interpretan mal la realidad interior y exterior. Con la terapia cognitiva se va a aprender a detectar los pensamientos negativos, a someterlos a debate, poniéndolos en duda, para tener pensamientos más positivos o racionales que nos ayuden a ver de manera más apropiada la realidad y, por ende, sentirnos y vivir mejor. Así veremos, que nos equivocábamos con la anterior forma de pensar e iremos superando los problemas. Las cosas no nos afectan por lo que son sino por el modo en que las vemos o las interpretamos. Cuando una persona, bien en una situación o pensando algo, se siente mal debe preguntarse qué está pensando para sentirse así, cuestionarse si es lógico eso que piensa y tratar de tener una visión más racional o positiva de esa situación. Después, si es posible, hay que ver si en la realidad sucede o no aquello negativo que ha estado pensando (prueba de la realidad) (<http://nohaymentesincerebro.blogspot.com/2006/01/distorsionescognitivas.html>23-03-10 hora 1h 55 am)

Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o autodiálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos. Estos pensamientos dan una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos. Los pensamientos automáticos serían los contenidos de las distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Los pensamientos automáticos se diferencian de nuestros “pensamientos racionales”, que intentan adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. (http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_pensapositivos.php fecha 23-03-10 hora 2h 06 am) Publicado el 25 Agosto 2009 – 17:55h.

Posees la capacidad innata de hablarte a ti mismo y de comprenderte. Este diálogo encubierto, al cual sólo tú puedes acceder, tiene una enorme influencia

sobre tu manera de actuar y sentir. Estas autoverbalizaciones tienen el poder de hacerte sentir bien (por medio del halago, el elogio y el trato respetuoso) o mal (el castigo, la burla, el menosprecio y el irrespeto) (Riso, *Aprendiendo a Quererse* 98). Nadie puede hacerte sentir inferior, sin tu consentimiento.

“El principal recurso para atacar los pensamientos negativos es la disputa verbal, que implica poner en duda el pensamiento negativo y luego reemplazarlo por otro más aterrizado, racional o adaptativo” (Riso, *Reflexiones para Vivir Mejor* 145).

2.5.2.1 Características de los pensamientos automáticos:

A -Son charla interna referida a temas muy concretos.

B- Aparecen como mensajes recortados en forma de “palabras claves”.

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

D-Con frecuencia se expresan en forma de palabras como “debería de, tendría que”. Aparecen a menudo como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias intolerantes.

E-Tienden a dramatizar o “exagerar las cosas”. A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella.

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

G-Son aprendidos: Son el reflejo de actitudes y creencias que han solido aprenderse en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos periodos aún no se ha desarrollado demasiado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana “esperando” a ser disparados por situaciones con carga emocional.

(http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_pensapositivos.php fecha 23-03-10 hora 2h 06 am) Publicado el 25 Agosto 2009 - 17:55h.

2.5.2.2. Método para cambiar los pensamientos negativos

Para cambiar los pensamientos negativos se debe seguir tres fases:

1. Comprender lo que son los pensamientos automáticos, negativos e irracionales.
2. Detectar, identificar y cambiar los pensamientos automáticos.
3. Aplicarlos con eficacia en la vida.

1. Comprender lo que son los pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos, irracionales y negativos, son esos que nos sobrevienen, a modo telegráfico, con frases como "¡eres estúpido!", "¡nunca aprobarás!", "¡ya no puedo más!", "he hecho el más grande de los ridículos", "¿y si le ha ocurrido un accidente?", "seguro que no le gusto", "debería ser más trabajador... simpático... divertido...", "mi vida ya no tiene sentido", etc.

Estamos tan acostumbrados a estos pensamientos que no los cuestionamos, los damos como válidos nada más se presentan en nuestra mente. Realmente no es que tengamos estos pensamientos negativos, más bien podemos afirmar que son ellos los que nos tienen a nosotros, ya que son los que nos causan nuestro malestar emocional.

El principio fundamental de la psicología cognitiva es el de "no son los hechos los que nos generan los diferentes estados emocionales, si no el cómo interpretamos los acontecimientos". Ante un mismo acontecimiento varias personas pueden experimentarlo de formas totalmente diferentes.

Por tanto, el bienestar emocional depende fundamentalmente de que no se deje llevar por los pensamientos automáticos, ya que éstos tienen características muy negativas para la persona:

- a) Son irracionales, es decir no se atienen a los hechos objetivos, a la realidad.

- b) Son automáticos, funcionan como un reflejo corporal que se produce sin que voluntariamente lo propiciemos.
- c) Son exagerados, dramáticos y siempre negativos, generan un enorme malestar emocional y además de forma gratuita, sin que le podamos sacar el menor provecho.

Al cabo del día podemos tener algunos pensamientos de este tipo en condiciones normales, pero cuando hay un malestar emocional pueden ser cientos (o miles) los que se producen a diario. No es de extrañar, que la mente asediada por tanta presión negativa se venga abajo, al igual que un organismo físico inundado por gran cantidad de virus, enferme.

2. Detectar, identificar y cambiar los pensamientos automáticos

Después de conocer lo que son los pensamientos automáticos pasamos a una segunda fase que es de tipo práctico. Esta consta de 3 etapas:

2.1 Detectar los pensamientos automáticos.

Para ello es conveniente anotar en una libreta todos los acontecimientos que le hacen experimentar malestar. Los acontecimientos pueden ser externos, como conflictos con los demás, la pareja, la familia o los amigos, o también eventos internos del tipo recuerdos negativos del pasado o imágenes preocupantes de acontecimientos venideros. Anotar a continuación el tipo de pensamientos que ese acontecimiento le ha suscitado, no se preocupe de ser exacto en ellos, es suficiente con que describa más o menos la tendencia de sus pensamientos y anotar al lado la credibilidad que merecen esos pensamientos, desde 0 (nada) a 100 (totalmente cierto). Y finalmente escribir la emoción que experimenta, puede ser miedo, estrés, angustia, tristeza, rabia, etc., y apuntar la intensidad de esa emoción dándole un valor de 0 (nada) a 100 (la emoción más intensa de mi vida). A continuación observe un ejemplo de cómo se anota en la libreta:

Día/Hora	Acontecimiento	Pensamiento (0-100)	Emoción (0-100)
07-Mayo a las 21 h.	Mi pareja me agrede y me insulta.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa (90)	Tristeza 80

Este registro de pensamientos automáticos deberá practicarlo durante varios días hasta que pueda tomar clara consciencia de como interviene la interpretación de los acontecimientos en la generación de sus diferentes estados emocionales. Es fundamental ser honesto y claro consigo mismo, que no se autoengaño, y aunque le provoque cierto malestar el centrarte en los acontecimientos negativos de su vida, no olvide de que para cambiar algo antes hay que conocer que es lo que Ud. está empezando a hacer. Luego de haber tomado consciencia de la relación entre el grado de credibilidad de los pensamientos negativos y la intensidad de emociones negativas es necesario pasar a la siguiente fase.

2.2 Identificar los pensamientos negativos.

Ahora se puede conocer más en profundidad la naturaleza irracional de los pensamientos automáticos. Como se ha comentado anteriormente éstos no se atienen a la lógica, al sentido común ni a la auténtica realidad de las cosas, si no que son exageraciones, dramatizaciones y fantasías muy perjudiciales. Estas distorsiones que se introducen en nuestro pensar son de diferente tipo.

Como se ha visto hay bastantes formas de distorsionar los pensamientos, se debe identificar cuáles le son más habituales, para ello en la libreta se debe escribir otra columna donde pueda anotar el tipo de distorsión cometida. La libreta queda ahora de esta forma:

Día/Hora	Acontecimiento	Pensamiento (0-100)	Tipo Distorsión	Emoción (0-10)
07-Mayo a las 21 h.	Mi pareja me agrede y me insulta	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa (90)	Falacia de recompensa divina	Tristeza 80

Este tipo de registros se lo debe realizar durante varios para comprender bien su manera de pensar y como ésta afecta a las emociones. Cuando tenga seguridad de haber alcanzados los objetivos previstos que son:

- Ser consciente de los pensamientos automáticos
- Comprender que son éstos y no los hechos los que afectan
- Darse cuenta que a mayor credibilidad en los pensamientos negativos, mayor intensidad en las emociones suscitadas
- Identificar el tipo de distorsión que se comete

Estará preparada para pasar a la siguiente fase.

2.3 Cambiar los pensamientos distorsionados.

Ha llegado a la fase más importante para el cambio de pensamientos. Una vez que ya conoce mejor a su enemigo (los pensamientos negativos), que lo puede identificar, que no cae en la trampa de echar la culpa de sus males a los demás, si no que reconoce en Ud., en sus pensamientos distorsionados la clave de sus males emocionales, está en condiciones de sustituirlos por pensamientos más racionales, realistas, objetivos y lógicos. Para ello va a usar de nuevo la libreta pero con un nuevo esquema que es el siguiente:

PRIMER PASO: Describa el ACONTECIMIENTO que le preocupa
Mi pareja constantemente me agrede de cualquier manera
SEGUNDO PASO: Anote sus EMOCIONES negativas (rabia, pena, desánimo, etc.) y puntúe cada uno de ellos de 0 (nada) a 100 (máximo).
Tristeza 80

TERCER PASO: TÉCNICA DE LAS TRES COLUMNAS		
Pensamientos automáticos	Distorsiones	Respuestas racionales
Anote sus pensamientos negativos y calcule el crédito que le merece cada uno (0-100)	Identifique las distorsiones de cada pensamiento automático	Sustitúyalos por pensamientos más realistas y calcule el crédito que le merece cada uno (0-100)
Sé que los demás piensan mal de mi 90	Interpretación del pensamiento	No tengo motivos reales para pensar que tengan algo contra mi
Tarde o temprano me irán las cosas mejor 70	Falacia de recompensa divina	No puedo resignarme a la descortesía de mi pareja y a vivir así por siempre
No me gusto. Soy un desastre 60	Etiquetas globales	¿Quién no tiene algo que no le gusta de sí?
Y si tengo alguna enfermedad grave	Visión Catastrófica	Que pruebas tengo para creer que estoy enferma.
CUARTO PASO: RESULTADOS. Evalúe nuevamente el crédito que le merece cada pensamiento automático de 0 a 100 y señale la casilla que describe cómo se siente en este momento.		
	<input type="checkbox"/>	Nada mejor
	<input type="checkbox"/>	Algo mejor
	<input type="checkbox"/>	Mejor
	<input checked="" type="checkbox"/>	Bastante mejor
	<input type="checkbox"/>	Mucho mejor

Como se ve en este ejemplo de registro, a los datos con los que ya ha trabajado en la libreta, que son Acontecimiento (Paso 1)- Emoción(Paso 2) – Pensamientos negativos (1ª Columna del Paso 3) – Tipo de distorsión (2ª Columna del Paso 3), ahora se añade la Respuesta Racional (3ª Columna del Paso 3), en ella deberá buscar alternativas racionales a los pensamientos negativos, es decir, si el pensamiento negativo es del tipo "tarde o temprano me irán las cosas mejor" tendrá que debatirse consigo mismo las razones que tiene para pensar así, deberá buscar pruebas sólidas que confirmen el pensamiento negativo, si no las consigue, el grado de credibilidad se hará menor. Y es esto lo que buscamos, “Que no se crea tanto los pensamientos negativos” y no el eliminarlos totalmente ya que esto no se consigue directamente al hacer el ejercicio.

El cambiar la actitud negativa de la mente requiere tiempo, tenemos que satisfacernos en el día a día restando credibilidad a los pensamientos negativos. Pero lo que en un principio es un pequeño avance más adelante supone un auténtico cambio en profundidad de la negatividad de la mente.

Por tanto, en la columna de RESPUESTA RACIONAL se anota el grado de credibilidad que nos merece ese nuevo pensamiento racional alternativo, de 0 (nada) a 100 (totalmente cierto). Una vez que haya buscado este pensamiento y medido el grado de credibilidad que le merece, repase de nuevo la columna de los PENSAMIENTOS NEGATIVOS, al leerlos de nuevo es muy probable que el grado de credibilidad que antes le merecían haya descendido. Tache el grado de credibilidad antiguo y anote a continuación el grado de credibilidad nuevo (a lado con rojo). Con ello hemos llegado a los RESULTADOS (PASO 4), donde además de rectificar el grado de credibilidad de los pensamientos negativos, se debe anotar el cómo se siente después de haber realizado todo el ejercicio:

	Nada mejor
	Algo mejor
	Mejor
X	Bastante mejor
	Mucho mejor

3 Aplicarlo con eficacia a la vida

Una vez que hemos conseguidos los objetivos buscados,

- Ser consciente de nuestros pensamientos automáticos
- Comprender que son éstos y no los hechos los que nos afectan
- Darse cuenta que a mayor credibilidad en los pensamientos negativos, mayor intensidad en las emociones suscitadas
- Identificar el tipo de distorsión que cometemos
- Cambiar las distorsiones por pensamientos racionales
- Reducir el nivel de credibilidad de los pensamientos negativos
- Reconocer el bienestar emocional que esto nos produce

Ya estamos en condiciones de aplicarlo en nuestra vida de manera cotidiana, hasta que el cambio de actitud mental se haga un hábito, para ello siga estas indicaciones:

1. Puede hacer este ejercicio en 3 fases:

A) Escriba en su libreta 1 ó 2 veces al día, al final de la mañana y del día, para que con mayor tranquilidad pueda reflexionar y analizar sus comportamientos, pensamientos y sentimientos, y consiga generar alternativas racionales válidas.

B) Cuando sea más experto en este ejercicio, puedes llevar un pequeño bloc de bolsillo, para que con la mayor proximidad posible a las situaciones emocionales pueda escribir sus alternativas racionales.

C) Sin escribir, mentalmente en cada situación de alteración emocional, aplique las herramientas que ya conoce. Este será el modo definitivo para cambiar su actitud mental sin tener ya necesidad de escribir.

2. La clave del éxito es su perseverancia.

Tenga presente que atravesará diferentes momentos donde crea avanzar rápidamente o estancarse o incluso retroceder. Todo eso es lo normal en un proceso de cambio, llegado el momento se dará cuenta sin lugar a dudas que su actitud ha cambiado de manera evidente y lo que antes le afectaba de forma intensa ahora ya no le afecta.

3. Valore los avances por pequeños que sean, y no se critique aunque cometa fallos importantes. Refuerce cualquier pequeño avance permitiéndole hacer cosas que le generen bienestar (aunque sea algo muy simple).

4. Lo normal es empezar a notar los primeros avances a partir de la tercera o cuarta semana (aunque siempre hay quien desde el primer día empieza a mejorar), y estos avances se convierten en un claro cambio de actitud mental hacia el segundo o tercer mes de práctica continuada. (http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_pensapositivos.php)

“Pensar bien es pensar con la menor cantidad posible de sesgos y distorsiones. Se trata de limpiar y actualizar la mente para que sea más flexible y eficiente, más aguda en sus análisis, más equilibrada, más sabia” (Riso, *Pensar Bien Sentirse Bien* 194).

2.5.3 Distorsiones cognitivas.

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de Distorsiones Cognitivas. Básicamente serían errores cognitivos.

Cognición: “Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no” (<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2b.htm>).

La cognición es el procesamiento consciente de pensamientos e imágenes. El significado básico de esta palabra es simplemente “conocimiento”. (Frank Bruno, *Diccionario de Términos Psicológicos* 47)

Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa. (http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse4c.htm#realidad (23-03-10 hora 1 h 48 am))

Las distorsiones cognitivas nos impiden ver nuestra relación amorosa con realismo afectivo; es decir, pensamientos que no nos permiten comprender la relación adecuadamente.

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas DISTORSIONES COGNITIVAS en función de los errores que comenten. A continuación se detallan

algunas de las más corrientes distorsiones. Estudiaremos meticulosamente cada una de estas distorsiones ya que de su exacto conocimiento depende que podamos tener una mente más “limpia” donde podamos desarrollar actitudes más racionales y positivas.

1. **Filtraje o abstracción selectiva:** Consiste en seleccionar en forma de “visión de túnel” un solo aspecto negativo de cualquier situación, y se fija exclusivamente en él, percibiendo así que toda la situación es negativa, como la gota de tinta que tiñe toda la jarra de agua. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Palabras claves son: “No puedo soportar esto”, “No aguanto que...”, “Es horrible”, “Es insoportable”.

2. **Pensamiento todo-o-nada:** Consiste en valorar los acontecimientos en formas extremas blanco o negro, los matices no existen. Las cosas se valoran como buenas o malas, olvidando grados intermedios. Palabras claves son: “Fracasado”, “Cobarde”, “inútil”, etc.

3. **Sobregeneralización:** Cuando Ud. generaliza en exceso. Ud. llega a la conclusión de que algo que le ha ocurrido una vez volverá a sucederle una y otra vez. Por ejemplo una persona que se siente triste y piensa: “Siempre estaré así”. Palabras claves son: “Todo..Nadie..Nunca..Siempre..Todos..Ninguno”.

4. **Interpretación del pensamiento:** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. Palabras claves son: “Eso es porque...”, “Eso se debe a...”, “Se que eso es por...”.

5. **Visión catastrófica:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. La palabra clave suele ser: “¿Y si me ocurre a mí... tal cosa?”.

6. **Personalización:** Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente: “Soy menos sociable que José”, “A él le hacen caso pero no a mí”. Palabras claves son: “Lo dice por mí”, “Hago esto mejor (o peor) que tal”.

7. **Falacia de control:** Consiste en como la persona se ve manejada por el grado de control que tienen los acontecimientos sobre su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplos: “Si otras personas cambiaran de actitud yo me

sentiría bien”, “Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean”. Palabras claves son: “No puedo hacer nada por...”, “Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal”, “Yo soy el responsable de todo...”

8. **Falacia de justicia:** Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona piensa sobre su pareja: “Si de verdad me apreciara no me diría eso”. Palabras claves son: “! No hay derecho a...”, “Es injusto que...”, “Si de verdad tal, entonces...cual”.

9. **Razonamiento emocional:** Ud. toma sus emociones como prueba de la verdad. Su lógica es: “Me siento como un inútil, por consiguiente soy un inútil”. Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, si se siente ansioso es que hay un peligro real, etc. Las palabras claves son: “Si me siento así...es porque soy/ o a ocurrido...”

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

11. **Etiquetas globales:** Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo “Ser”. En lugar de describir su error, usted le pone una etiqueta negativa para usted mismo. Las palabras claves son: “Soy un”, “Es un”, “Son unos...”.

12. **Culpabilidad:** Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos. Las palabras son: “Mi culpa”, “Su culpa”, “Culpa de...”.

13. **Los deberías:** Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas u normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema. Las palabras claves son: “debería de...”, “No debería de...”, “Tengo que...”, “No tengo que...”, “Tiene que...”.

14. **Tener razón:** Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Las palabras claves son: “Yo llevo razón”, “Se que estoy en lo cierto él/ella está equivocado”.

15. **Falacia de recompensa divina:** Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Las palabras son: “El día de mañana tendré mi recompensa”, “las cosas mejoraran en un futuro”. (http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_pensapositivos.php23-03-10hora2h06 am) Publicado el 25 Agosto 2009 – 17:55h.

2.5.4. Aplicaciones Prácticas

En la aplicación práctica se debe tener en cuenta:

A. La relación terapéutica:

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas.

B. Estrategias de tratamiento:

Una vez puntualizados los problemas de la paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales. Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionada.

C. Técnicas de tratamiento:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

c.1. Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez. c.2. Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

TERCER CAPÍTULO

PLAN TERAPEÚTICO

Dedicaremos este capítulo al proceso terapéutico. Con ello nos referimos a cómo desarrollar la psicoterapia cognitiva para la consecución de sus objetivos. Como modelo general escogeremos la C.T de Beck (1976) por contar esta modalidad de terapia cognitiva con un respaldo científico y metodológico lo bastante suficiente para servir de modelo general. En general el proceso de la C.T tiene tres frases:

PRIMERA FASE: EVALUACIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN TERAPEÚTICA

1- Objetivos generales de la evaluación:

- (1) Descubrir los pensamientos automáticos y significados asociados ideosincráticos.
- (2) Buscar evidencias para los pensamientos automáticos y significados personales.
- (3) Diseñar experimentos conductuales para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales.

2.- Métodos generales de la evaluación:

Los métodos de evaluación que se utilizarán en la paciente víctima de violencia son: la Historia Clínica, Los Autorregistros y los Cuestionarios.

Sesión No 1

3- La programación de las sesiones:

La duración de la terapia es de 3 meses, con un número de 12 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una. Estas sesiones tendrán una frecuencia semanal. Acabadas las 12 sesiones se tendrán sesiones de seguimientos durante tres meses más (cada 15 días, luego cada mes) y si se requiere se tendrán tantas sesiones extras como sean necesarias.

4- Socialización Terapéutica:

En la primera sesión se introducirá a la paciente en el modelo de trabajo a utilizar en esta terapia. Tarea aludida como "socialización terapéutica". Sobre esta actividad se va a construir la "colaboración terapéutica" entre la paciente y la psicóloga. La agenda de la primera sesión contiene los siguientes puntos:

a- Explicar la relación pensamiento-afecto-conducta. Pedir feedback de comprensión.

b- Utilizar una secuencia personal de la paciente de pensamiento/afecto/conducta de una situación anterior vivida con malestar por ella. Utilizarla para apoyar la relación pensamiento-afecto-conducta como primera hipótesis sobre distorsiones cognitivas y supuestos asociados (significados personales). Pedir feedback de comprensión.

c- Explicar la hoja de autorregistro. Explicación: Cuando experimente una emoción desagradable, anotar la situación que parece disparar dicha emoción. (Si la emoción ocurre mientras estaba pensando, recordando o imaginando algo, etc.; anote esa circunstancia específica). Luego, se debe anotar el pensamiento automático asociado a esa emoción. Posteriormente evalúe el grado de seguridad que tiene en esos pensamientos (1%=Nada seguro hasta 100%=Completamente seguro). Hay que evaluar también el grado o intensidad de cada emoción (1%=Casi nada intensa hasta 100%=Lo más intensa posible). Por último describir como actuó en esa situación (lo que hizo o dijo) y el resultado de la misma (si le ayudo o empeoró y como reaccionaron los otros, si había otras personas, a su conducta).

d- Explicar el proceso terapéutico: Afrontamiento o aprendizaje de resolución de problemas. Explicar el proceso normal de las "fluctuaciones" o recaídas y el progreso terapéutico como un aumento de los intervalos de recaída. Pedir feedback de comprensión.

e- Explicar tareas para casa: Focalizar un problema y registrarlo en la hoja de autorregistro. Incluir un ejemplo.

f- Finalizar la sesión: Opiniones, Dudas. Comprensión. Pedir a la paciente que resuma la sesión. Feedback.

Sesión No 2

- A través de la hoja de autorregistro introducir la diferencia entre pensamiento y realidad: pruebas de realidad.
- Explicación de la focalización gradual de los problemas.
- Tareas para casa: Añadir en el autorregistro "Correcto-Incorrecto para el pensamiento automático y tarea conductual. Feedback resumen de la sesión.

Sesión No 3

- Revisión de tareas conductuales.
- Pedir evidencias para pensamientos automáticos analizados.
- Educación en conceptos cognitivos y la relación que existe entre pensamiento-afecto-conducta.
- Comprender lo que son los pensamientos automáticos. (Revisar capítulo 3).

Sesión No 4

- Pedir resumen de la sesión anterior sobre los pensamientos automáticos.
- Detectar los pensamientos automáticos. (Revisar capítulo 3).
- Tareas para casa: en una libreta anote todos los acontecimientos que le hacen experimentar malestar. Anotar a continuación el tipo de pensamientos que ese acontecimiento le ha suscitado y anotar al lado la credibilidad que merecen esos pensamientos, desde 0 (nada) a 100 (totalmente cierto). Y finalmente escribir la emoción que experimenta y apuntar la intensidad de esa emoción dándole un valor de 0 (nada) a 100 (la emoción más intensa de mi vida). (Revisar capítulo 3). Feedback resumen de la sesión.

Sesión No 5 y 6

- Revisión de tareas.
- Identificar el proceso de error o distorsión cognitiva. Se usan tanto situaciones personales como imaginarias. 1.- Presentamos a la paciente una lista de pensamientos típicos en esas situaciones. Le pedimos que elija en esas situaciones imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus

consecuencias emocionales y conductuales, y le preguntamos por qué ha seleccionado esos y no otros. 2.- sobre el autorregistro de la paciente intentamos decir una lista de pensamientos a la misma situación, y entre ellos le pedimos que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales y le preguntamos por qué eligió esos y no otros. Después de usar estas estrategias, y si la selección ha sido realmente adaptativa lo contrastamos con su pensamientos automático original y sus consecuencias emocionales conductuales. Esto nos será de gran ayuda para programar las tareas para casa.

- Presentar la clasificación de las Distorsiones Cognitivas.
- Tareas para casa: identificar las distorsiones cognitivas más habituales, y notar en su libreta otra columna donde pueda registrar el tipo de distorsión cometida. (Revisar capítulo 3 para ver el modelo). Dedicar varios días a realizar este ejercicio para poder comprender bien su manera de pensar y como ésta afecta a sus emociones. Feedback resumen de la sesión.

SEGUNDA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES PARA ELIMINAR LOS CÍRCULOS VICIOSOS INTERACTIVOS Y LOS SUPUESTOS PERSONALES

Una vez que la paciente ha entendido la base del procedimiento de autorregistro y la relación pensamiento-afecto-conducta, se puede comenzar a trabajar en las estrategias cognitivas- conductuales a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes. Nosotros vamos a exponer en este apartado algunas técnicas empleadas con frecuencia en la Terapia Cognitiva.

Sesión No 7 – 8

- Revisión de tareas.
- En estas sesiones se realizarán técnicas cognitivas-conductuales para la comprobación de pensamientos automáticos.
- Se presentará a la paciente un listado de las Distorsiones Cognitiva. (Ver listado en Anexo No 4)

1- ESTRATEGIAS COGNITIVAS:

a- Métodos que utiliza el repertorio cognitivo de la paciente:

a.1. Distinguir pensamiento de realidad (situación):

1- Uso de situaciones imaginarias: "Por ejemplo Ud. se encuentra en su casa, su pareja le dice: "no vales nada". ¿Ud. Qué pensaría? ¿Qué otras cosas podría haber pensado?". También podemos utilizar un listado de situaciones imaginarias con distintas interpretaciones a las mismas y preguntar después por las consecuencias emocionales y conductuales de cada interpretación.

2- Uso de situaciones personales: Pensar en situaciones similares a las analizadas pero con distinta respuesta emocional y conductual. Preguntar por pensamientos asociados. "Por ejemplo ¿Le ha ocurrido antes algo parecido a esto, y sin embargo se sintió y actuó de una manera más tranquila? Si responde que si, preguntarle: ¿Y qué pensó entonces?".

3- Uso de situaciones personales pero pensando en otra persona actuando ante ella con una respuesta emocional y conductual mas adaptativa: "Por ejemplo piense por un momento en una persona que ante esta situación se sintiera y actuara de la forma X. ¿Qué podría pensar para lograr eso?". También podemos plantearle a la paciente si algún conocido ha pasado por una situación similar y reaccionó de una manera más adaptativa, o realizar un rol-playing con la paciente (Por ejemplo "Yo voy a hacer el papel de su hermana. Bien...Yo he vivido una situación parecida a la suya (se describe) y me he sentido X y actuando de la forma X; y ahora le pregunto, ¿Qué me aconseja para superar esta situación?".

4- Uso de situaciones personales induciendo verbalmente o por escrito un listado de pensamientos diferentes a los mantenidos por la paciente ante esa situación; y preguntando por sus efectos posibles, emocionales y conductuales.

Después de usar una o varias de estas estrategias se puede referir a la paciente como conclusión: "Lo que quiero que vea es lo siguiente: La situación es exactamente la misma, pero cuando le vienen los pensamientos X, Ud. se siente X y actúa de la forma X; y cuando le vienen los pensamientos Y, piensa de la forma Y,

Ud. se siente Y actúa de la forma Y. La diferencia está en el pensamiento, la situación, la realidad sigue siendo la misma. Además el tipo de pensamiento que viene a la cabeza condiciona tanto la forma en que Ud. se siente y actúa, en uno y otro caso".

a.2. Técnicas de Tratamiento

1. **Detección de pensamientos automáticos:** revisar el capítulo 3, ahí está detallado como detectar los pensamientos automáticos.

2. **Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos:** Puede hacerse de diferentes maneras: (1) A partir de la experiencia de la paciente se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis. (2) Diseñar un experimento para comprobar una determinada hipótesis: la paciente predice un resultado y se comprueba. (3) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las de la paciente. (4) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en sus interpretaciones (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usarán métodos similares.

3. **Concretizar las hipótesis:** Las formulaciones vagas de la paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le incita a la paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

4. **Reatribución:** La paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

5. **Descentramiento:** La paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzada o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (por ejemplo diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

6. **Descatastrofización:** La paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. En este caso se realiza preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión de la paciente.

7. **Uso de imágenes:** El terapeuta puede usar las imágenes para que la paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde ella se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

8. Manejo de supuestos personales:

Uso de preguntas:

- Preguntar si lo que asume le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

(<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2b.htm>)

b- Métodos centrados en las preguntas empíricas:

A continuación se presentan algunos ejemplos del Método de las preguntas, en algunas de las técnicas cognitivas:

- **Comprensión de significados asociados a los pensamientos automáticos:**
 - ✓ "¿Qué quiere decir con...?"
 - ✓ "¿Por qué razón piensa o cree eso?"
 - ✓ "¿Por qué es tan importante eso que piensa para Ud.?"
- **Cuestionamiento de evidencias:**
 - ✓ "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"
- **Reatribución:**
 - ✓ "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
 - ✓ "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera...?"
- **Examen de opciones alternativas de interpretación:**
 - ✓ "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"
 - ✓ "¿Son posibles otras interpretaciones?"
 - ✓ "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso? Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."
- **Examen de consecuencias anticipadas:**
 - ✓ "¿A qué le lleva pensar eso?"

- ✓ "¿Le es de alguna utilidad?"
- **Comprobar los efectos:**
 - ✓ "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"
 - ✓ "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"
- **Examen de ventajas y desventajas:**
 - ✓ "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"
- **Escalar un problema:**
 - ✓ "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"
- **Cambio de imágenes:**
 - ✓ "¿Podría afrontar esa situación preparándose con la imaginación como paso previo al real?"
- **Etiquetar la distorsión cognitiva:**
 - ✓ "De los errores cognitivos vistos, ¿qué tipo de error sería este?"
 - ✓ "¿Qué alternativas podríamos encontrar a ese error?"
- **Asociación guiada para encontrar significados asociados entre sí:**

"¿Y si eso fuera así, entonces que significaría para Ud.?"
- **Distracción cognitiva:**

"¿Podríamos probar algún método para desviar su atención?"

Uso de relajación, recuerdos positivos, etc.
- **Autoinstrucciones:**

"¿Podríamos probar a cambiar su diálogo interno?"

Uso de autoinstrucciones.
- **Valorar las probabilidades de ocurrencia de un evento temido:**

"¿Qué posibilidades hay de que ocurra eso?"

"Otras veces lo pensó, ¿y qué ocurrió en realidad?"

- **Prevención cognitiva:**

"¿Podríamos comprobar qué sucede en realidad si Ud. no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?"

- **Rol playing:**

"¿Podemos representar esa escena y ver qué pasos podría seguir, a modo de guía mental?"

- **Uso de experimentos personales:**

¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?
Uso de técnicas conductuales

- **Resolución de problemas:**

"Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajosa, ponerla en práctica y comprobar sus resultados"

(<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2b.htm>)

2- ESTRATEGIAS CONDUCTUALES:

- **Programación de actividades incompatibles:** Se utiliza para que la paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (por ejemplo actividad gimnástica en lugar de rumiar)
- **Escala de dominio/placer:** La paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y anota para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (por ejemplo utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

- **Asignación de tareas graduadas:** Cuando la paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, se elabora con la paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.
- **Entrenamiento asertivo:** Se utiliza para que la paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- **Ensayo conductual y rol playing:** Se recrean escenas que la paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- **Exposición en vivo:** La paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas. (<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2b.htm>)

Sesión No 9

- Análisis de los supuestos personales.
- Tareas para casa: "Experimentos personales" para comprobar el grado de realidad de los supuestos personales. Tareas cognitivas conductuales. Revisión y feedback.

Sesión No 10

- Revisión de tareas.
- Cambiar los pensamientos distorsionados. (Revisar capítulo 3)
- Aplicar con eficacia en la vida las Técnicas Cognitivas-Conductuales. (Revisar capítulo 3)

TERCERA FASE DEL PROCESO TERAPÉUTICO: TERMINACIÓN, SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Sesión No 11

- Se trabajará en la autoestima.
- Se le preparará a la paciente para la terminación de la terapia, manifestándole que la siguiente cita será la última sesión, y que posteriormente tendremos

sesiones de seguimiento cada quince días, o cada mes, dependiendo del estado emocional en el que se encuentre la paciente.

Sesión No 12

Cierre de la terapia

Problemas relacionados con la terminación de la terapia:

Beck (1976) ha identificado una serie de dificultades que suelen surgir cuando el fin de la terapia está próximo y la manera de manejarlos. Si la paciente víctima de violencia llega a presentar algún problema relacionado con la terminación de la terapia, seguiremos el siguiente modelo de Beck:

A- La preocupación de la paciente respecto a no estar "completamente curada".

Se puede utilizar en este caso varias estrategias:

a.1. Explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un continuo integrado de varios puntos. Después se demuestra con los datos de la evolución de la paciente como éste ha avanzado dentro de ese continuo.

a.2. Mostrar a la paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad, ni evitar todos los problemas vitales posibles. A continuación mostrar a la paciente sus progresos al respecto.

B- La preocupación de la paciente respecto a "volver a recaer y experimentar de nuevo el problema". El terapeuta aquí también puede utilizar alguna de las siguientes estrategias:

b.1. Devolver a la paciente que ello es posible, pero que puede ser una oportunidad para aplicar lo aprendido.

b.2. Trabajar con la paciente, con preferencia en base a las distorsiones cognitivas y supuestos personales qué tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente (mentalmente) que estrategias podría usar para su afrontamiento.

C- Terminación prematura de la terapia: Si se prevee que la paciente (por el feedback de las sesiones por ejemplo) está deseando poner fin a la sesión, puede averiguar las posibles razones a la base y afrontarlas. Son frecuentes:

c.1. Reacciones negativas hacia el psicólogo (porque está molesta o en desacuerdo con el psicólogo). El psicólogo puede decir, con tacto, las reacciones negativas e intentar de clarificarlas. Si la paciente abandona puede ser útil una llamada telefónica o carta, invitándole a volver cuando desee.

c.2. Mejoría rápida de los síntomas. Es frecuente que muchos pacientes al dejar de experimentar el malestar de sus síntomas ya no se vean motivados para continuar la terapia. En este caso podemos aquí desaconsejar la terminación al no haberse aun trabajado los factores predisponentes, incluso anticipar la posibilidad de una recaída próxima (para ganar así fiabilidad si sucede). Si la paciente decide, a pesar de lo anterior, abandonar, igualmente se le da la posibilidad de volver cuando desee.

c.3 Ausencia de mejorías significativas durante el tratamiento o recaídas durante el mismo. El psicólogo puede explicar que las recaídas son frecuentes durante el tratamiento, que este raramente supone una mejoría lineal, y que las recaídas pueden ser aprovechadas para detectar pensamientos automáticos y significados relevantes. (<http://www.redsanar.org/drfofia/Terapias/manual6.htm>)

CONCLUSIONES:

A través de la realización de este trabajo he logrado conocer cómo la violencia intrafamiliar genera consecuencias devastadoras en quienes son víctimas del maltrato. De igual manera he conocido de cerca los pensamientos automáticos y su fuerte influencia en la autoestima de las mujeres que viven situaciones de violencia. Este conocimiento ha sido posible, gracias a, por un lado, a la oportunidad de haber realizado mis pasantías en la Corporación Mujer a Mujer y por otro, por medio del estudio bibliográfico llevado a cabo.

Considero que los objetivos planteados en el presente trabajo han sido cumplidos a cabalidad, siguiendo la corriente Cognitiva Conductual.

El tema de violencia intrafamiliar ha sido enfocado desde una perspectiva cultural, tomando en cuenta que muchas de las formas de sentir, pensar y actuar están directamente influenciadas por creencias sociales. Mediante el estudio bibliográfico se pudo conocer cómo la familia latina y en especial la familia Ecuatoriana está concebida como una célula social con roles perfectamente señalados para cada uno de sus miembros, asignándole al hombre el poder y la dominancia, quedando la mujer subordinada a situaciones de violencia sin tener en cuenta que aunque no haya daño físico, el daño psicológico es inminente. El daño psicológico muchas veces no se hace evidente, debido a que la mujer pone su mejor faceta, escondiendo lo que en verdad siente. En este trabajo se ha estudiado diferentes formas de violencia: física, psicológica y sexual teniendo todas ellas consecuencias negativas para el normal desenvolvimiento de una mujer en la sociedad.

La baja autoestima, la indefensión aprendida y el miedo que presentan las mujeres víctimas de violencia es producto de las pautas violentas a las que están sometidas, como consecuencia de esta situación las personas tienden a crear errores en el pensamiento derivados de creencias personales a menudo aprendidos en la etapa infantil de la vida actuando a nivel inconsciente sin que la persona se percate de su papel.

La presencia de distorsiones cognitivas tales como: “Filtraje, Interpretación del pensamiento, Visión catastrófica, Los Debería, y Falacia de recompensa divina causa baja autoestima. De esta manera se puede afirmar que muchas de las formas de sentir, pensar y actuar de la paciente están directamente influenciadas por creencias sociales. En resumen, se concluye que la cultura tiene gran influencia en el pensamiento de la paciente víctima de violencia.

RECOMENDACIONES:

El trabajo terapéutico que se realice con las mujeres víctimas de violencia debe basarse principalmente en el respeto, sin juzgarlas ni cuestionarlas. Para que el plan terapéutico sea eficaz se requiere de paciencia, tolerancia y de manera principal se debe tener un adecuado conocimiento de las técnicas específicas a trabajar.

- Educar en conceptos cognitivos y la relación que existe entre pensamiento-afecto-conducta.
- Capacitar a la mujer víctima de violencia mediante la presentación de videos psicoeducativos.
- Fomentar el desarrollo de la autoestima en las mujeres que viven situaciones de violencia intrafamiliar. Explicarles la importancia de la vida y que por el hecho de existir es ya merecedora de respeto y admiración.
- Estimular el manejo de los pensamientos automáticos que presentan estas mujeres, lo cual se logrará luego de un adecuado entrenamiento en esta habilidad, para así lograr tener una mente más limpia libre de distorsiones donde pueda sentirse bien consigo misma y por ende mejore su comportamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ARDAYA, Gloria y ERNS, Miriam “*Imaginarios Urbanos y Violencia Intrafamiliar*”. CEPAM. Quito. 2000.
 - ARIAS, Miguel y JACOME Patricio “*Manual Contra la Violencia a la Mujer y la Familia*”. Cuenca. 1996.
 - BURNS, David. “Sentirse Bien: una nueva terapia contra las depresiones”. Ediciones Paidós Ibérica SA. 2005.
 - ESTREMADOYRO, Julieta. “*Violencia en la Pareja Comisarias de Mujeres en el Perú*”. Ediciones Flora Tristán. Agosto. 1992.
 - HIRIGOYEN, Marie France. “*Mujeres Maltratadas Los Mecanismos de la Violencia en la Pareja*”. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2006.
 - LUNA, Laura. “*Violencia Contra la Mujer, Niñas, Niños y Adolescentes en Azogues*”. CEAMNM. Editorial Casa de la Cultura. Cañar. 2000.
 - NORWOOD, Robin. “Las mujeres que aman demasiado”
 - RISO, Walter. “*Ama y no Sufras*”.
 - RISO, Walter. “*Aprendiendo a Quererse a Sí mismo*”. Editorial Norma. Colombia. 1996.
 - RISO, Walter. “Los Limites del amor”
 - RISO, Walter. “Pensar bien, sentirse bien”. Editorial Norma. Bogotá. 2004.
 - RISO, Walter. “*Reflexiones para Vivir Mejor*”.
 - <http://www.monografias.com/Monografía15/mitos>.
 - <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Sentirse mejor/sentirse1>.
 - <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia1.htm>
 - <http://enrike45.wordpress.com/2009/08/10/pensamientos-distorsionados/>
 - <http://www.cognitivoconductual.org/articles/distorsiones.htm>
cognitivoconductual.org
- Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento
CETECIC con el aval de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- “<http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia1.htm>”
 - http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse4c.htm#realidad (23-03-10 hora 1 h 48 am)

- <http://www.gabineteam.com/Distorsiones%20cognitivas.htm> (23-03-10 hora 1h50 am)
- <http://nohaymentesincerebro.blogspot.com/2006/01/distorsiones-cognitivas.html> (23-03-10 hora 1h 55 am)
- http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_pensapositivos.php (23-03-10 hora 2h 06 am) Publicado el 25 Agosto 2009 - 17:55h.
- http://www.mirta-nunez.com.ar/planificacion-sucesoria/es/Articulos/C_-_Psicolog%C3%ADa/828/EL_SINDROME_DE_INDEFENSION_APRENDIDA_o_de_DESESPERANZA_INDUCIDA.htm
- <http://nomequierastanto.blogspot.com/2009/07/1a-indefension-aprendida.html>
- http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011
- <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index.htm> (24-03-10 hora)
- <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/violenciaintrafam.pdf>
- http://www.uned.es/psicologia/accion_psicol/periodico/n2_vol1/3.pdf
- http://www.centrovidayfamilia.com/articles.php?art_id=309&start=1 (24-03-10 hora 1 h 29 am)
- http://www.ahige.org/texto_arti.php?wcodigo=50011
- <http://www.nuestraedad.com.mx/violenciaintrafamiliar-mitos.htm> (24-03-10 hora 1h12am). HermannMondacaRaiteriDirector Grupo Proceso Chile.
- <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual2b.htm>
- <http://www.redsanar.org/drfofia/Terapias/manual6.htm>

ANEXOS

ANEXO 1	
Historia Clínica.....	70
ANEXO 2	
Entrevista Semiestructurada Para Víctimas de Violencia Doméstica.....	73
ANEXO 3	
Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).....	75
ANEXO 4	
Listado basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig (1985) de distorsiones cognitivas y su manejo.....	78
ANEXO 5	
Inventario de Cogniciones Postraumáticas Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999).....	81
ANEXO 6	
Autoestima: Autoexamen Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994 Revisión 2003.....	83
ANEXO 7	
Escala de Autoestima de Rosenberg.....	86
ANEXO 8	
Escala de Inadaptación Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (200).....	87

4.- ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

(Antecedentes de Violencia en la familia de origen de la mujer y su pareja).

5.- FAMILIOGRAMA:

6.- ÍNDICE DE ABUSO HACIA LA MUJER:

(Modalidades de maltrato físico, psicológico y sexual: desprecio, obediencia, abuso sexual, enojo, celos, conductas para controlar, insultos, desvalorización, dependencia, exigencias extremas, descalificación frente a terceros, prohibición de manejo de dinero, aislamiento, prohibición de trabajar/estudiar, etc.)

7.- ASPECTOS COGNITIVOS:

IDEAS REFERENTES A SU AUTOESTIMA:

(¿Cuanto se valora?, ¿Se quiere a usted misma?, ¿Cuánto ha afectado esta situación de violencia a su autoestima?)

CITAS DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

(¿Cómo se percibe usted en esta situación?: Culpable, Responsable, Merecedora de estos tratos)

8.- ASPECTOS CONDUCTUALES:

SUEÑO:

(Calidad del sueño, tiempo de sueño, interrupciones de sueño, tiempo que tarda en conciliar el sueño)

ALIMENTACIÓN:

(Cambios en la alimentación, aumento o disminución de la alimentación, es de provecho o no la alimentación)

9.- APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA:

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto.
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. ***Si la paciente vive con el agresor, preguntar:*** ¿Con qué frecuencia se da el maltrato?
¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?
- Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar:*** ¿Durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?
7. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera?
8. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
10. ¿En qué momento o situación el problema he tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
11. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos anteriores?
12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?
13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
14. A. ¿Ha denunciado el maltrato?
Sí:
No:
- B. ¿Cuántas veces?
- C. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
- D. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?

15. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?

Sí:

No:

B. ¿Cuántas veces y por cuánto tiempo?

C. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?

16. A. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?

Sí:

No:

B. ¿Cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?

17. ¿Le ha contado este problema a alguien? ¿A quién?

18. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique.

19. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó? (**Registrar si está tomando medicamentos**)

20. A. ¿Ha tenido algún trastorno psicológico alguna vez?

Sí:

No:

B. ¿Cuándo? ¿De qué tipo?

C. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para ello? ¿De qué tipo?

21. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?

22. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?

23. ¿Tiene problemas de salud importantes?

24. ¿Bebe o ha bebido en el pasado?

Sí:

No:

25. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas?

26. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?

27. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

ANEXO 3

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

El autor ha elaborado, en colaboración (Ruiz y Luján, 1991) una escala para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en sus 15 distorsiones correspondientes. Usted puede administrarse la escala a sí mismo y así detectar sus principales tipos de pensamientos automáticos.

Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a "padecer" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.....0 1 2 3
- 2.Solamente me pasan cosas malas.....0 1 2 3
- 3.Todo lo que hago me sale mal.....0 1 2 3
- 4.Sé que piensan mal de mí.....0 1 2 3
- 5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?.....0 1 2 3
- 6.Soy inferior a la gente en casi todo.....0 1 2 3
- 7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.....0 1 2 3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!.....0 1 2 3
- 9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.....0 1 2 3
- 10.Mis problemas dependen de los que me rodean.....0 1 2 3
- 11.Soy un desastre como persona.....0 1 2 3
- 12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.....0 1 2 3
- 13.Debería de estar bien y no tener estos problemas.....0 1 2 3

- 14.Sé que tengo la razón y no me entienden.....0 1 2 3
- 15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.....0 1 2 3
- 16.Es horrible que me pase esto.....0 1 2 3
- 17.Mi vida es un continuo fracaso.....0 1 2 3
- 18.Siempre tendré este problema.....0 1 2 3
- 19.Sé que me están mintiendo y engañando.....0 1 2 3
- 20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?.....0 1 2 3
- 21.Soy superior a la gente en casi todo.....0 1 2 3
- 22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.....0 1 2 3
- 23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así.....0 1 2 3
- 24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.....0 1 2 3
- 25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.....0 1 2 3
- 26.Alguien que conozco es un imbécil.....0 1 2 3
- 27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa.....0 1 2 3
- 28.No debería de cometer estos errores.....0 1 2 3
- 29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto.....0 1 2 3
- 30.Ya vendrán mejores tiempos.....0 1 2 3
- 31.Es insoportable, no puedo aguantar más.....0 1 2 3
- 32.Soy incompetente e inútil.....0 1 2 3
- 33.Nunca podré salir de esta situación.....0 1 2 3
- 34.Quieren hacerme daño.....0 1 2 3
- 35¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?.....0 1 2 3
- 36.La gente hace las cosas mejor que yo.....0 1 2 3
- 37.Soy una víctima de mis circunstancias.....0 1 2 3
- 38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.....0 1 2 3
- 39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.....0 1 2 3
- 40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.....0 1 2 3
- 41.Soy un neurótico.....0 1 2 3
- 42.Lo que me pasa es un castigo que merezco.....0 1 2 3
- 43.Debería recibir más atención y cariño de otros.....0 1 2 3
- 44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.....0 1 2 3
- 45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor.....0 1 2 3

Claves de corrección:**TIPO DE DISTORSION-----PREGUNTAS-----PUNTUACION
TOTAL**

FILTRAJE 1-16-31 ()

PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 ()

SOBREGENERALIZACION 3-18-33 ()

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 ()

VISION CATASTROFICA 5-20-35 ()

PERSONALIZACION 6-21-36 ()

FALACIA DE CONTROL 7-22-37 ()

FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 ()

RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 ()

FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 ()

ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 ()

CULPABILIDAD 12-27-42 ()

LOS DEBERIA 13-28-43 ()

FALACIA DE RAZON 14-29-44 ()

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 ()

ANEXO 4

Listado basado en la recopilación de McKay, Davis y Fannig (1985) de distorsiones cognitivas y su manejo:

1-FILTRAJE/ABSTRACCIÓN SELECTIVA ("No lo soporto", "Horroroso")

A-¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo?

B-¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?

2-POLARIZACIÓN ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")

A-¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

B-¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así?

C-¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?

3-SOBREGENERALIZACIÓN ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")

A-¿Cuántas veces a sucedido eso realmente?

B-¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?

C-¿Donde está la prueba de que las cosas sean siempre así?

4-INFERENCIA ARBITRARIA O INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO ("Me parece")

A-¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B-¿Podríamos comprobar si eso es cierto?

5-VISIÓN CATASTRÓFICA ("¿Y si ocurriera...?")

A-Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

B-¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

6-PERSONALIZACIÓN ("Se refieren a mí", "Compararse con otros")

A-¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo? ¿Le ayuda en algo?

B-¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

C-¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable?

D-¿Podríamos comprobar si eso es así?

7-FALACIA DE CONTROL ("No puedo hacer nada con esto", "Toda la responsabilidad es mía")

A-¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Pueden haber otros factores que hayan influido en eso?

8-FALACIA DE JUSTICIA ("Él/Ella es injusto/a")

A-¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio?

B-¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo?

C-¿En realidad usted no está tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?

9-FALACIA DE CAMBIO ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo podría")

A-¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso?

B-Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?

10-RAZONAMIENTO EMOCIONAL ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")

A-¿Qué pensó para sentirse así? ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea?

B-¿Sentirse así de qué modo prueba de que usted sea un X?

11-ETIQUETACIÓN ("Soy/Es un X, y tan solo un X")

A-¿Esa calificación prueba totalmente lo que es Ud. o esa persona?

B-¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona?

C-¿Puede haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?

12-CULPABILIDAD ("Por mi culpa", "Por su culpa")

A-¿Qué pruebas tiene?

B-¿Pudo haber otros factores que intervinieran en ese suceso? C-Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?

13-DEBERÍAS ("Yo debo, no debo, Él/Ellos deben")

A-¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente?

B-¿Realmente es tan grave que eso no sea como debe? ¿Podíamos comprobarlo?

C-¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias? Esa exigencia, ¿cómo le está perjudicando?

14-FALACIA DE RAZÓN ("Tengo la razón y no me la dan")

A-Dígame, para Ud. ¿qué es tener la razón? ¿Y ese criterio es razonable?

B-¿Puede tener él otros puntos de vista diferentes? ¿Los está escuchando?

15-FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa")

A-¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya? ¿Qué podría hacer ya?

B-¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero?

ANEXO 5

INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICASFoa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999)

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de maltrato. A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

1. Estoy Totalmente en Desacuerdo
 2. Estoy Muy en Desacuerdo
 3. Estoy Levemente en Desacuerdo
 4. Me es Indiferente
 5. Estoy Levemente de Acuerdo
 6. Estoy Muy de Acuerdo
 7. Estoy Totalmente de Acuerdo
-
1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué. 1 2 3 4 5 6 7
 2. No confío en que haré las cosas bien. 1 2 3 4 5 6 7
 3. Soy una persona débil. 1 2 3 4 5 6 7
 4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible. 1 2 3 4 5 6 7
 5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo. 1 2 3 4 5 6 7
 6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada 1 2 3 4 5 6 7
 7. No se puede confiar en las personas. 1 2 3 4 5 6 7
 8. Tengo que estar alerta todo el tiempo. 1 2 3 4 5 6 7
 9. Me siento muerta interiormente. 1 2 3 4 5 6 7
 10. No puedes saber quién te hará daño. 1 2 3 4 5 6 7
 11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después. 1 2 3 4 5 6 7
 12. Soy una persona incompetente. 1 2 3 4 5 6 7
 13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible. 1 2 3 4 5 6 7
 14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo. 1 2 3 4 5 6 7

15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy. 1 2 3 4 5 6 7
16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo. 1 2 3 4 5 6 7
17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales. 1 2 3 4 5 6 7
18. El mundo es un lugar peligroso. 1 2 3 4 5 6 7
19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo. 1 2 3 4 5 6 7
20. Permanentemente he cambiado a peor. 1 2 3 4 5 6 7
21. Me siento como un objeto, no como una persona. 1 2 3 4 5 6 7
22. Otras personas no hubieran caído en esta situación. 1 2 3 4 5 6 7
23. No puedo confiar en otras personas. 1 2 3 4 5 6 7
24. Me siento apartada y aislada de otros. 1 2 3 4 5 6 7
25. No tengo futuro. 1 2 3 4 5 6 7
26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas. 1 2 3 4 5 6 7
27. Las personas no son lo que parecen. 1 2 3 4 5 6 7
28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma. 1 2 3 4 5 6 7
29. Como persona hay algo equivocado en mí. 1 2 3 4 5 6 7
30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora. 1 2 3 4 5 6 7
31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan. 1 2 3 4 5 6 7
32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento. 1 2 3 4 5 6 7
33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto. 1 2 3 4 5 6 7
34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible. 1 2 3 4 5 6 7
35. No puedo confiar en mí misma. 1 2 3 4 5 6 7
36. Nunca más puede sucederme nada bueno. 1 2 3 4 5 6 7

Traducción de Paulina Paz Rincón González y Francisco Javier Labrador Encinas.

Inventario modificado para ser utilizado con población femenina

ANEXO 6

AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994

Revisión: 2003.

La autoestima es nuestra autoimagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre como somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.

A partir de una evaluación personal, lo más objetiva posible, indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha, el número aplicable a su respuesta, de acuerdo con la siguiente escala:

4 Siempre	3 Casi Siempre	2 Algunas Veces	1 Nunca	
	4	3	2	1
1. Me siento alegre.				
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.				
3. Me siento dependiente de otros.				
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.				
5. Me siento triste.				
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.				
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.				
8. Siento que soy agradable a los demás.				
9. Es bueno cometer errores.				
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.				

11. Resulto desagradable a los demás.				
12. Es de sabios rectificar.				
13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.				
15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contento(a) con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecto(a).				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.				
31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímido(a).				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.				

35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresivo(a).				
38. Me aterran los cambios.				
39. Me encanta la aventura.				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				
TOTALES DE CADA COLUMNA				
TOTAL				

ANEXO 7

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = En desacuerdo
- 4 = Muy en desacuerdo

- 1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. 1 2 3 4
- 2.- Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada. 1 2 3 4
- 3.- Creo que tengo varias cualidades buenas. 1 2 3 4
- 4.- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. 1 2 3 4
- 5.- Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí. 1 2 3 4
- 6.- Tengo una actitud positiva hacia mí misma. 1 2 3 4
- 7.- En general, estoy satisfecha conmigo misma. 1 2 3 4
- 8.- Desearía valorarme más a mí misma. 1 2 3 4
- 9.- A veces me siento verdaderamente inútil. 1 2 3 4
- 10.- A veces pienso que no sirvo para nada. 1 2 3 4

Escala modificada para ser utilizada con población femenina

ANEXO 8

ESCALA DE INADAPTACIÓN**Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000)**

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0 1 2 3 4 5

Nada Casi Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5

Nada Casi Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0 1 2 3 4 5

Nada Casi Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5

Nada Casi Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5

Nada Casi Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo

ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0 1 2 3 4 5

Nada Casi Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo