

243257



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

400282



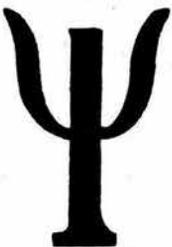
61060

**"TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA MUJERES MALTRATADAS POR SU
CONYUGE"**

*P01353/96
Ej. 1*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
**MIRIAM NAVA CASTILLO
VERONICA SANCHEZ ORTEGA**



TLALNEPANTLA, MEX.

1996.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A todas las mujeres que están en constante
búsqueda de la superación emocional y
humana. Gracias por su confianza y
ánimo para seguir luchando y trabajando
en este arduo camino.

A Norma, Paty y Alba

Por compartir con nosotras sus inquietudes en el
trabajo con mujeres, así como su conocimiento,
tiempo y experiencia. Gracias.

AL CAM

Por permitirnos un espacio para
aprender y crecer como seres
humanos.

A Gaby y Claus

Por su apoyo, compañerismo y amistad
compartidos durante este maravilloso tiempo.

A la "Familia"

Por compartir con nosotras los estudios,
las aventuras, la amistad y por alentarnos
a seguir adelante.

MIRIAM Y VERO

**A mi madre y amiga
Por inculcarme el esfuerzo y amor
por la vida. Te amo.**

**A la memoria de mi padre
Por todo lo que me dió. Gracias.**

**A mis hermanos y sobrinos
Por su apoyo y paciencia y por
creer en lo que hago y soy.**

**A ustedes, Yoz, Carlota, Ale y Felipe
Por estar conmigo incondicionalmente
y enseñarme el valor de la amistad.**

VERO

A mi papá

Por tu ejemplo de responsabilidad y superación, y por tu apoyo durante todo este tiempo alentándome a seguir siempre adelante.

A mi mamá

Por estar pendiente de todo lo que me ocurre y acompañarme en los momentos importantes con tus valiosas palabras de aliento.

A Juan

Por tu apoyo y por ser más que mi hermano, mi amigo.

A Everardo

Por tus palabras de aliento en la etapa final de esta meta tan importante para mí.

A las personas que creyeron y confiaron en mí y que de alguna forma estuvieron a mi lado motivándome a seguir adelante durante el tiempo que duró la realización de este trabajo. GRACIAS.

Con cariño

MIRIAM

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue proporcionar terapia cognitivo-conductual para que las mujeres adquirieran habilidades, conocimientos y alternativas necesarias para enfrentar situaciones de maltrato conyugal de manera exitosa para ellas, disminuyendo así la frecuencia con que el maltrato se presentaba. Dicha terapia estuvo basada en las técnicas de modificación de conducta. En esta investigación se presentó una exposición teórica de los antecedentes históricos de la violencia sexual, la definición y características del maltrato conyugal, así como sus causas y consecuencias, que dieron pie a la aplicación del tratamiento propuesto, el cual se dividió en cuatro fases: 1) evaluación inicial, 2) intervención; que a la vez se dividió en: a) subfase educativa y b) manejo de las áreas problema de las mujeres (aplicación del tratamiento), 3) post-evaluación y 4) seguimiento. Obteniendo como resultados la efectividad de dicho tratamiento ya que el 60% de las mujeres al final del tratamiento manifestaron haber mejorado su calidad de vida en las áreas: emocional, conductual y cognitiva. Esto nos permite concluir, que las mujeres intervenidas adquirieron las habilidades necesarias y encontraron las alternativas de solución a su situación de maltrato generalizando estas habilidades a su vida cotidiana.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
✓CAPITULO 1. ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA SEXUAL.	
1.1 Violencia sexual	4
1.2 Antecedentes históricos de la violencia sexual.....	9
✓CAPITULO 2. DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO CONYUGAL.	
2.1 Maltrato Conyugal.....	15
2.2 Tipos de Maltrato Conyugal.....	16
2.3 Ciclo de Violencia.....	21
2.4 Características de la Mujer Maltratada.....	27
2.5 Características del Hombre Violento.....	30
✓CAPITULO 3. ETIOLOGÍA DEL MALTRATO CONYUGAL.	
3.1 Aspectos culturales del sistema patriarcal.....	34
3.2 Educación tradicional y roles de género.....	36
3.3 Manejo de poder.....	40
3.4 Aspectos situacionales.....	43
3.4.1 Aspecto económico.....	43
3.4.2 Aspecto social.....	45
3.4.3 Aspecto psicológico.....	46
CAPITULO 4. CONSECUENCIAS Y FORMAS DE INTERVENCIÓN.	
4.1 Consecuencias físicas.....	51
4.2 Consecuencias sociales.....	52
4.3 Consecuencias psicológicas.....	54
4.4 Intervención legal.....	57
4.5 Intervención médica.....	65
✓4.6 Intervención psicológica.....	70
4.6.1 Antecedentes y aplicación del enfoque conductual.....	70
4.6.2 Tratamiento cognitivo y sus aplicaciones.....	77
4.6.3 Tratamiento cognitivo-conductual.....	80
4.6.4 Técnicas que se utilizan en el tratamiento cognitivo-conductual.....	82
4.6.5 Tratamiento para mujeres maltratadas.....	92
CAPITULO 5. MÉTODO	
5.1 Sujetos.....	95
5.2 Materiales	95
5.3 Escenario.....	96
5.4 Instrumentos de evaluación.....	96
5.5 Procedimientos.....	96
5.5.1 Remisión.....	96
CAPITULO 6. RESULTADOS.	
6.1 Resultados cuantitativos.....	115
6.1.1 Datos demográficos.....	115
6.1.2 Datos fisiológicos.....	119

6.2 Descripción de casos por mujer	120
6.3 Descripción y análisis de resultados.....	165
6.3.1 Entrevista.....	165
6.3.2 Inventarios pretest y postest.....	175
6.3.3 Análisis comparativo en la fase de pretest.....	179
6.3.4 Áreas problema.....	180
6.3.5 Orden de intervención en las áreas problema.....	182
6.3.6 Duración y permanencia.....	183
6.3.7 Análisis comparativo en la fase de postest.....	184
6.3.8 Efectos del tratamiento aplicado.....	185
6.4 Seguimiento.....	186
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	188
BIBLIOGRAFIA.....	193
ANEXOS.....	201

FALTAN

PAGINAS

01

A

56

4.4 Intervención legal

Las pocas mujeres que hace tiempo se atrevieron a romper el cerco y denunciar los maltratos fue porque llegaron a una situación límite, donde la convivencia con su pareja era prácticamente imposible.

En estas circunstancias daba igual arriesgarse a ser el hazmerreir de algún puesto policiaco, pasar por el vergonzoso examen médico-legal y si el expediente seguía su curso, esperar que el juez fallara otorgando una pensión que no alcanzaba ni para los primeros quince días de manutención, lo cual sería un sin fin de regateos y apelaciones por parte del ex-conyuge y motivo a su vez del inicio de nuevos procesos legales (Lugo, 1987; Carlessi, S/F).

Si bien esta situación y resignación se repitió durante decenios, en los últimos tiempos se observa una tendencia contraria: cada día son más las mujeres que rompen el silencio y valientemente denuncian los maltratos, se reorganizan e idean nuevas formas alternas para hacer frente al Maltrato Conyugal.

Sin embargo, la mujer aun se encuentra en una situación de desventaja debido a que las leyes aunque establecen algunos artículos que aparentemente protegen refiriéndonos específicamente a situaciones de Maltrato Conyugal-, no han sido todavía suficientes para disminuir la violencia de la que es víctima.

En lo que a esto respecta, tenemos que en los Códigos Civil y Penal del Distrito Federal y del Estado de México (1995) se establecen algunos artículos y definiciones que son importantes de conocer, como es lo referente a las lesiones, pensiones alimenticias, divorcio, guardia y custodia de los hijos, entre otros, ya que en ocasiones la mujer no sabe de la existencia de sus derechos legales. Por lo tanto, en este trabajo especificamos estos artículos para que sean del conocimiento no solo de las mujeres maltratadas sino de la gente que se interese en el trabajo con éstas.

DEFINICIÓN Y CAUSALES DE DIVORCIO SEGÚN EL CÓDIGO CIVIL DEL DISTRITO FEDERAL DE 1995.

Art. 267 Son causas de divorcio:

I. el adulterio debidamente probado de uno de los cónyuges;

IV. La incitación o la violencia hecha por un cónyuge al otro para cometer algún delito, aunque no sea de incontinencia carnal;

- VIII. La separación de la casa conyugal por más de seis meses sin causa justificada;
- XI. La sevicia, las amenazas o las injurias graves de un cónyuge para el otro;
- XV. Los hábitos de juego o embriaguez o el uso indebido y persistente de drogas, enervantes, cuando amenazan causar la ruina de la familia o constituyen un continuo motivo de desavenencia conyugal.

Ahora mencionaremos algunos delitos que se presentan constantemente dentro del Maltrato Conyugal.

SEVICIA SEGÚN EL CÓDIGO CIVIL DEL ESTADO DE MÉXICO

Art. 266 Amenazas que ponen en peligro la integridad física y moral de una persona.

INJURIAS PARA EL CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO DE 1995

Art. 350 El delito de difamación se castigará con prisión hasta de dos años o multa de cincuenta a trescientos pesos, o ambas sanciones, a juicio del juez.

La difamación consiste: en comunicar dolosamente a una o más personas, la imputación que se hace a otra persona física, o persona moral en los casos previstos por la ley, de un hecho cierto o falso, determinado o indeterminado, que pueda causarle deshonra, descrédito, perjuicio, o exponerlo al desprecio de alguien.

LESIONES SEGÚN EL CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL 1995

Art. 288 Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Art. 289 Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de 15 días, se le impondrán de 3 a 4 meses a dos años de prisión o de 10 a 30 días de multa, si tardare en sanar más de 15 días se le impondrán de 4 meses a 2 años de prisión o de 60 a 270 días de multa.

Los delitos previstos en este artículo se perseguirá por querella.

Art. 290 Se le impondrán de 2 a 5 años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que infiera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.

Art. 291 Se le impondrán de 3 a 5 años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilita permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

Art. 292 Se impondrán de 5 a 8 años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrán de 6 a 10 años de prisión al que infiera en una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista, del habla o de las funciones sexuales.

Art. 293 Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de 3 a 6 años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que correspondan conforme a los artículos anteriores.

LESIONES SEGÚN EL CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO DE 1995

Art. 234 Lesión es toda alteración que cause daños en la salud producida por una causa externa.

Art. 235 Al inculpado del delito de lesiones que no pongan en peligro la vida se impondrán:

I. De 3 días a 6 meses de prisión o de 3 a 35 días o ambas penas, cuando el ofendido tarde en sanar hasta 15 días inclusive y no amerite hospitalización. Este delito se perseguirá por querella.

II. De 4 meses a 2 años de prisión y de 5 a 150 días de multa, cuando el ofendido amerite hospitalización o las lesiones tarden en sanar más de 15 días.

Para los efectos de este precepto se entiende que una lesión amerita hospitalización, cuando el ofendido por motivo de la lesión o lesiones sufridas está impedido para dedicarse a sus

ocupaciones habituales aún cuando materialmente no sea internado en una casa de salud, sanatorio u hospital.

Art. 236 Se impondrán de 2 a 5 años de prisión y de 10 a 350 días de multa, al inculpado del delito de lesiones que pongan en peligro la vida.

Art. 241 Si el ofendido fuera ascendiente, descendiente o cónyuge del autor de la lesión, se aumentarán hasta 2 años de prisión a la pena que corresponda.

Por otra parte, es importante mencionar lo que la ley establece respecto al matrimonio debido a que en ocasiones, las mujeres que viven Maltrato Conyugal desconocen sus derechos dentro de la relación de pareja.

MATRIMONIO SEGÚN EL CÓDIGO CIVIL DEL ESTADO DE MÉXICO DE 1995

Art. 153 El marido y la mujer tendrán en el hogar autoridad y consideración iguales, por lo tanto, de común acuerdo arreglarán todo lo relativo a la educación y establecimiento de los hijos y a la administración de los bienes que a éstos pertenezcan.

En caso de que el marido y la mujer no estuvieran conformes sobre algunos de los puntos indicados, el juez de lo civil correspondiente procurará avenirlos, y si no lo lograre, resolverá sin forma de juicio, lo que fuere más conveniente a los intereses de los hijos.

Art. 180 El dominio de los bienes comunes reside en ambos cónyuges mientras subsista la sociedad.

Art. 198 En el régimen de separación de bienes los cónyuges conservarán la propiedad y administración de los bienes que, respectivamente, les pertenecen y, por consiguiente, todos los frutos y acciones de dichos bienes no serán comunes, sino del dominio exclusivo del dueño de ellos.

Art. 203 El marido y la mujer que ejerzan la patria potestad se dividirán entre sí, por partes iguales, la mitad del usufructo que la ley les concede.

Art. 304 El derecho de recibir alimentos no es renunciable, ni puede ser objeto de transacción.

Art. 305 Cuando el deudor alimentario no estuviere presente o estándolo rehusare entregar lo necesario para los miembros de su familia con derecho a recibirlos, se hará responsable de las deudas que estos contraigan para cubrir esa exigencia, pero solo en la cuantía estrictamente necesaria para ese objeto y siempre que no se trate de gastos de lujo.

Finalmente creemos importante mencionar, los artículos relacionados con la violación, la cual también suele presentarse dentro de la relación de Maltrato Conyugal.

VIOLACIÓN EN EL CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL DE 1995

Art. 260 Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de 3 meses a 2 años de prisión.

Si se hiciera uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

VIOLACIÓN SEGÚN EL CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE MÉXICO DE 1995

Art. 279 Se impondrán de 3 a 8 años de prisión y de 50 a 700 días de multa, al que por medio de la violencia física o moral tenga cópula con una persona sin la voluntad de ésta, se impondrán de 6 a 15 años de prisión y de 100 a 1000 días de multa, si la persona ofendida fuera imputber.

Sin embargo a pesar de la existencia de las leyes que protegen a la mujer, y tras la aparente "objetividad" e "igualdad" legal, se esconde una discriminación sexista que no apoya del todo a la mujer en gran cantidad de casos por criterios subjetivos de jueces y autoridades que consideran que el maltrato que la mujer padece no es de suma importancia o que es provocado por estas mismas al no cumplir con sus obligaciones de pareja, siendo tomadas estas situaciones como irrelevantes.

Lamentablemente, las mujeres solo llegan a ser plenamente conscientes de esta marginación legal cuando tiene que enfrentar trámites legales o judiciales (Widmaier, 1986).

Hasta cierto punto, esa discriminación en el aspecto legal es lógica, si atendemos al hecho de que las leyes son el reflejo de un ordenamiento social determinado (patriarcado), en donde las mujeres son valoradas en función del hombre, además de ser consideradas de segunda categoría.

Así pues, al partir de la idea de que la ley es igual para todos se está cometiendo la primera desigualdad: la mayoría de los delitos contra la mujer (en este caso el Maltrato Conyugal) no son valorados y/o evaluados como tales aunque se encuentren señalados en los Códigos.

A diferencia de esto, lo que encontramos es que la mayoría de los casos los delitos contra el honor sexual o las buenas costumbres, provocan que las mujeres resulten ser las verdaderas acusadas (Delgado, 1990).

Ahora bien, en lo referente al maltrato psicológico a la violación dentro del matrimonio, existen controversias pues se ha observado que algunos tratadistas debaten que estas son las obligaciones que para los cónyuges se derivan del contrato matrimonial, con lo cual se dan como "normales". En contraste, otros aceptan que la cohabitación carnal no es un deber de la pareja y señalan que la relación marital no anula la capacidad de libre elección de los cónyuges. Unos más afirman categóricamente que no se puede tipificar el delito de la violación en la relación matrimonial puesto que el acto sexual forma parte de los deberes inherentes de la relación de pareja. Por ejemplo, González (1990) realizó una encuesta en el Ministerio Público encontrando que:

- En la mayoría de los casos no se ejerce acción penal contra la violación marital porque las mujeres son responsables de que ocurra por tener la obligación de ceder cuando su marido desea tener relaciones sexuales.
- En el caso de esposos es difícil comprobar un acto de violación por la vida sexual intensa que practican.
- Normalmente, las personas que denuncian las violaciones dentro del matrimonio tienen una relación de pareja bastante conflictiva y por lo tanto la investigación legal que se lleva a cabo no arroja los elementos necesarios para condenar al esposo.

Y aunado a esto, la violación marital o el maltrato psicológico no han llegado a concebirse como delitos, bajo el argumento falaz de que forman parte de la dinámica privada (Delgado, 1993).

Por otra parte, no todas las mujeres que sufren de Maltrato Conyugal son casadas, muchas de ellas mantienen relaciones de concubinato, unión libre, divorcio, e incluso algunas solo de noviazgo, y según lo establecido, ante este tipo de relaciones la ley también otorga ciertas garantías para la mujer al demandar ésta como persona las lesiones o abusos que la otra persona cometa ante ellas aunque el agresor no sea su esposo. Y en lo referente a los casos de divorcio, la teoría y la práctica jurídica bien aplicadas pueden ayudar a la víctima de maltrato, sin embargo, en la mayoría de los casos los tribunales y los procedimientos legales vinculados con esto se topan con una serie de dificultades al no proporcionar una estructura amoldada a la realidad para de esta forma brindar protección a los miembros de la familia que vive dentro de la situación de maltrato (Portillo, 1989).

Ahora bien, si una mujer acude a un abogado por situaciones de Maltrato Conyugal siempre se trata de tomar como causal el hecho que más efecto produzca para poder justificar su acción, pero se les llega a mencionar que las aplicaciones se harán según las leyes generales, y en el caso de que existan lesiones dependerá de la gravedad de las mismas la determinación de los procedimientos a seguir debido a que no se sancionan peleas conyugales cuyas lesiones resultantes sean curables en un lapso menor de 15 días. De este modo, cuando una mujer golpeada trata de hacer valer sus derechos en el momento de verse inmersa en una relación de maltrato, las actitudes de las autoridades correspondientes consideran su situación de forma irrelevante.

Esto nos marca una variabilidad en el abordamiento del conflicto de la mujer maltratada; por un lado se sobre entiende que a partir de las peculiaridades del caso serán los procedimientos legales que se efectúen, sin embargo, por otro lado, estas variabilidades de procedimientos legales hacen más conflictiva la resolución a corto plazo del problema que acontece a la mujer maltratada, ya que existen las atenuantes (condiciones o circunstancias que justifican, excluyen y minimizan la culpa del sujeto que comete el delito) (Ferreira, 1989).

Podemos decir que más de una mujer que acude al Ministerio Público en busca de apoyo después de haber sido víctima de golpes por parte de su conyuge, se le refiere que las lesiones deben tardar en sanar más de 15 días, de lo contrario no amerita que se levante el acta; este tipo de actitudes y comportamientos provocan que la mujer regrese a su casa buscando "reconciliación" o "resignación" a su situación.

Al llegar ante un Ministerio Público, la mujer maltratada debe seguir el mismo proceso que siguen las personas que llegan a levantar denuncias por varias causas. Este proceso consta de los siguientes pasos:

- 1) Presentar denuncias de hechos en la que se manifiesta la situación por la que la persona acude al Ministerio Público.
- 2) Se cita al indiciado (culpable) para que rinda declaración preparatoria.
- 3) Se señala fecha de audiencia para que el denunciante ratifique, amplie u ofrezca testigos o pruebas. Y también se cita al indiciado para que rinda su declaración y manifieste lo que su derecho corresponda.
- 4) El indiciado es consignando (si se reúnen los elementos de tipo penal o si se tipifican dentro de algún delito los hechos denunciados en el Ministerio Público) al juez penal que corresponda (Hernández, 1993).

En la mayoría de los casos, las mujeres maltratadas llegan al Ministerio Público a levantar sus denuncias, pero solo se quedan en el segundo punto, debido a que lo que desean no es llevar todo un proceso legal que consigne a sus parejas, sino en todo caso darle un susto solamente. Y en otras ocasiones, cuando la mujer continúa con el proceso, en ocasiones las pruebas no son lo suficientemente válidas para consignar a la pareja, por lo que se arrepienten y prefieren continuar con la relación maltratante.

Por lo tanto creemos que debería de pensarse que cuando las mujeres acuden a levantar denuncias, no solo lo hacen por ser maltratadas físicamente, sino también de manera emocional. Además las lesiones aún cuando no sean graves en magnitud de su apariencia misma, si son importantes en su extensión demoledora en la integridad de los seres humanos maltratados. Resulta ilógico que con una multa se quiera condenar y cubrir la desvalorización de un ser que ha sido golpeado, así como la actitud del agresor; aunado a esto, la multa no debería darse como disculpa de los acontecimientos de maltrato, o como pago a esto (pago que además ni siquiera se le otorga a la víctima; deberían tomarse otras medidas que aseguren la protección de la persona maltratada, así como el detenimiento total de las agresiones (González, 1994).

Notamos así como el derecho no tiene todavía un método para examinar el Maltrato Conyugal, no analiza a los individuos en relación a la dinámica del conflicto. Por tal, es urgente dar soluciones que permitan revertir la única salida que hoy tiene este problema: la disolución del vínculo matrimonial o divorcio. Sería necesaria la creación de un enfoque que no prive de los

derechos a ninguna de las partes involucradas y que evite la tortura de la violencia eliminando del seno familiar la posibilidad de formar en las futuras generaciones de hombres violentos y mujeres maltratadas.

Finalmente cabe señalar que las instituciones que se dedican a atender a personas que viven en maltrato intrafamiliar, están el Centro de Atención a la Mujer (CAM), el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV), o el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE), y el COVAC, apoyan también a estas personas en cuanto al aspecto legal, por medio de asesorías por parte de abogadas, en estas se explica a la mujer de manera general el proceso legal al que se puede enfrentar si levanta una denuncia, se le dicen también cuales son sus derechos legales, se le explica que tipo de delito está viviendo, remitiéndolas en caso dado a agencias especializadas del Ministerio Público.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) cuenta con el apoyo de la Procuraduría General de Justicia, proporcionando asesorías y procesos legales a las personas que viven situaciones de maltrato.

En el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en cuanto a asesorías legales, los abogados prestan apoyo a la mujer brindándole las opciones posibles de acuerdo a las necesidades y decisión que ésta desea tomar (tipos de divorcio, duración del proceso cada tipo de divorcio, pensiones alimenticias, patria potestad, entre otras); además de que si la mujer lo desea dentro del DIF pueden llevarse los procesos legales por costos económicos accesibles para las personas que acuden a pedir apoyo.

Esta es la manera en que tanto agencias del Ministerio Público como Centros de Atención, apoyan y orientan legalmente a las personas que acuden a pedir asesorías por situaciones de violencia intrafamiliar.

4.5 Intervención médica

La atención médica es otra de las formas de atender a la mujer maltratada, y puede ser denominada también como atención médico-legal, que se refiere a la realización de exámenes a personas que llegan a los Ministerios Públicos a denunciar algún delito, y tienen como fin apoyar la administración de la justicia.

Algunos de estos tipos de exámenes son los siguientes:

- a) Exámenes ginecológicos para aportar datos médico-legales en relación a los delitos sexuales.

b) Clasificación médico-legal de las lesiones para estimar o medir el daño, desde el triple enfoque de su gravedad, tiempo de reparación y zonas de consecuencias.

El proceso que se utiliza para la atención médico-legal consta de una serie de pasos determinados:

I. Proceder de inmediato al reconocimiento y curación de los heridos que se reciben en la sección médico-legal.

II. En caso de que el paciente muera, asistir a diligencias de fe de cadáver y a todas las demás que sean necesarias o convenientes para la eficacia de la investigación.

III. Redactar informe médico relacionado con la investigación y expedir las certificaciones que sean necesarias para la comprobación del delito.

IV. Recoger y entregar los objetos y las substancias que puedan servir para el esclarecimiento del hecho que se investigue e indicar las precauciones con las que deberán ser guardados o remitidos a quien corresponda.

V. Hacer en el certificado de lesiones, la descripción y la clasificación legal provisional o definitiva de las mismas.

VI. Describir exactamente en los certificados de lesiones las modificaciones que hubiere sido necesario hacer en ellas, con motivo de su tratamiento.

La forma en que dentro de la medicina legal se clasifican las lesiones es la siguiente.

LESIONES POR AGENTES MECANICOS

- 1° Por agente contundente
- A) Excoriaciones
 - B) Equimosis
 - C) Hematomas
 - D) Heridas contusas
 - E) Contusiones profundas
 - F) Grandes machacamientos
- 2° Por arma blanca
- A) Heridas punzantes
 - B) Heridas cortantes
 - C) Heridas punzo-cortantes
 - D) Heridas corto-contundentes
 - E) Heridas punzo-contundentes
- 3° por arma
- A) Heridas por proyectil de arma de fuego

LESIONES POR AGENTES FÍSICOS

- 4° Por temperatura
- a) Por calor húmedo
 - 1.- Por vapor
 - 2.- Por líquidos en ebullición
 - b) Por calor seco
 - 1.- Por radiaciones solares

- | | |
|----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 2.- Por cuerpos sobrecalentados 3.- Por flama directa 4.- Por accion de electricidad 5.- Por rayos "X" 6.- Radiactividad |
| c) Por sustancias quimicas | <ul style="list-style-type: none"> 1.- Por acidos 2.- Por alcahis 3.- Vegetales 4.- Animales |

LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS

- | | | |
|--------------------|--|---|
| 5º Envenenamientos | a) Venenos sólidos introducidos por vía oral | <ul style="list-style-type: none"> 1.- Barbituricos 2.- Arsenicales (ratocidas) 3.- Cianuro de potasio 4.- Estricnina |
| | b) Venenos líquidos introducidos por vía oral o parenteral | <ul style="list-style-type: none"> 1.- Opláceos 2.- Alcohol 3.- Barbitúricos |
| | c) Venenos gaseosos introducidos por inhalación | <ul style="list-style-type: none"> 1.- Monóxido de carbono 2.- Cocaína 3.- Marihuana |

LESIONES POR AGENTES BIOLÓGICOS

- | | |
|---|--|
| 1) Infecciones por gérmenes
(enfermedades venereas,
bacterias, hongos y virus). | {
1.- Sífilis
2.- Chancero blando
3.- Bienorragia
4.- Linfogranuloma
5.- SIDA |
| 2) Reacciones anafilácticas | {
1.- Por penicilina u otros antibióticos
2.- Por otro tipo de medicamento |

Todo lo anterior es aplicado a todos los casos y personas que llegan al Ministerio Público, y por lo tanto también a las mujeres maltratadas, que al llegar a denunciar algún abuso de tipo físico o sexual, tienen que seguir el procedimiento, los exámenes y la clasificación de lesiones anteriormente descritos

Por lo tanto es importante darnos cuenta que en los hospitales de emergencia y Ministerios Públicos, el personal solo esta preparado para atender los daños físicos o calmar las severas depresiones de la mujer maltratada mediante medicamentos, ya que quienes las atienden no tienen tiempo de cuestionar a la mujer sobre el origen de su situación, o cuando llegan a hacerle, sus cuestionamientos van desde "¿qué es lo que ha hecho para provocar los golpes del marido?", "tome las cosas con calma", hasta recetar unas píldoras para "tranquilizarla" ya que, lo que sucede es que está "demasiado nerviosa", o simplemente la mujer tiene que mentir sobre su situación ya que el marido se encuentra a su lado (Del Martín, 1981; Corsi, 1994), o en casos extremos algunas mujeres no acuden a hospitales públicos y prefieren asistir al médico de la familia, para seguir guardando las apariencias de un matrimonio o una relación de pareja feliz.

Respecto a las mujeres maltratadas que asisten al médico, Walker (1979) menciona que en el hospital de Denver algunas de las enfermeras reportan incidentes de mujeres maltratadas que aguardan en la sala de espera para que las atiendan. Es así que en este lugar se ha instituido que la mujer sea atendida de manera privada, en presencia de una trabajadora social uo una enfermera, proporcionarle atención médica al percatarse de que es una mujer maltratada y proporcionarle

información sobre instituciones donde se preste atención legal y psicológica a estas mujeres. Cuando es necesario, la mujer es admitida en este hospital y en algunos casos por medio de la hospitalización se le brinda refugio a la mujer, para que tenga la oportunidad de recibir apoyo profesional y tenga tiempo para poder tomar una decisión que le convenga. Además, durante este periodo de hospitalización a veces se cita al esposo para que la pareja llegue a una negociación que detenga de algún modo el maltrato, continuando con un tratamiento psicológico tanto el hombre como la mujer después de la hospitalización, lo cual resulta ser un paso importante hacia la detención del Maltrato Conyugal (Hastel, Morrison, Hersen, 1988; Toledo e Infante, 1994).

Es de este modo como se da la atención médica a las mujeres maltratadas, en donde notamos que no se da ninguna diferencia en cuanto a la manera en que se atienden estas personas y las que no llegan por maltrato, y es importante conocer que a pesar de esto, tampoco se niega la posibilidad de que en algunos sitios ya se atiende médicamente de manera más específica a las víctimas de Maltrato Conyugal.

4.6 Intervención psicológica

[Debido a que hemos observado que el Maltrato Conyugal es un problema que deja consecuencias no solo físicas y sociales sino psicológicas, es importante conocer lo que la Psicología Clínica puede aportar para el tratamiento de las mujeres y familias que viven situaciones de Maltrato Conyugal, por lo tanto en este punto nos enfocamos a mencionar lo que el tratamiento cognitivo-conductual puede aportar en cuanto a intervención al problema del Maltrato Conyugal.]

4.6.1 Antecedentes y aplicación del enfoque conductual

La historia de la Psicología se divide en dos periodos: 1) Precientífico - que se extiende desde los trabajos de los filósofos griegos hasta la segunda mitad del siglo pasado, y 2) Científico - desde 1879 hasta la actualidad.

Aunque la Psicología no surge como una disciplina independiente hasta la segunda parte del siglo pasado, referencias a los problemas de la conducta y especulaciones sobre la naturaleza del hombre pueden encontrarse en los escritos de Aristoteles, Platon y otros filósofos griegos. Entre los problemas relacionados con la conducta que fueron estudiados por filósofos figuran, la relación entre la mente y el cuerpo, la cuestión de las ideas innatas, la relación entre cuerpo y

personalidad, además, los filósofos debatieron casi interminablemente acerca de la "naturaleza humana" (Whitteker, 1989).

Otra área de interés que influyó grandemente en el desarrollo inicial de la Psicología es el funcionamiento de los órganos de los sentidos; retomando que durante los siglos XVIII y principios del XIX los filósofos creyeron que los "fenómenos de la mente" nunca podrían ser estudiados por el uso del método científico. Tenían la confianza de que tales fenómenos siempre pertenecerían al dominio de la filosofía. Esta creencia terminó con el trabajo de dos científicos alemanes: Weber y Fechner.

A partir de esto, los primeros psicólogos se interesaron por problemas no diferentes de los que intriguaron a los filósofos y los experimentos echados por Weber y Fechner, pudieron abordar estos problemas usando el método científico.

Durante el siglo XIX la Psicología siguió viéndose influenciada por las ciencias biológicas y físicas, las cuales se dedicaban al estudio de los organismos y de la materia física respectivamente. También en esta época comenzaron a efectuarse estudios sobre la relación entre el cerebro y las funciones como el lenguaje y la conducta, además de que la teoría establecida por Darwin (1859-1871) (referente a la adaptabilidad de los organismos a su medio ambiente y la continuidad de las especies), originando en la Psicología una serie de cambios, que propiciaron un interés en el estudio de la conducta de los organismos, que era algo en que el psicoanálisis (corriente psicológica que antecedía) no se había enfocado (Caballo, 1991).

Fue así como surgió un nuevo movimiento que fue el reflejo de la valoración de lo material dentro de la Psicología.

Sus inicios se dieron en Europa, donde se presentaba una influencia de la investigación científica y la experimentación. De este modo, en Rusia Sechenov (1829-1905) -considerado el padre de la fisiología rusa- comenzó a realizar investigaciones donde establecía que el estudio de los reflejos era algo en lo que la Psicología y la Fisiología podían coincidir. Él mencionó que la conducta dependía de las funciones del cerebro y que estos se establecían por medio del aprendizaje y que este aprendizaje dependía del ambiente y de los estímulos que se relacionaban con movimientos del cuerpo, principios que posteriormente fueron retomados por Watson, Pavlov y Skinner (Goldstein y Kanfer, 1987).

En Rusia, Sechenov aportó que al estudiar las funciones del cerebro se podía comprender la conducta y que de este modo la Psicología podía ser más objetiva al estudiar al ser humano.

Posteriormente, Pavlov (1849-1939) retomó los principios que estableció Sechenov al realizar estudios sobre la digestión realizando experimentos con perros, enfocándose al

momento en que éstos presentaban secreciones gástricas (salivación) provocando dicha situación con la presentación de estímulos de comida. A las respuestas de salivar que los perros presentaban, les dio el nombre de Reflejos Condicionados. A través de sus estudios Pavlov demostró la importancia de aprendizaje de la conducta animal, lo cual posteriormente se enfocó a la conducta humana.

Después, en Estados Unidos se retomaron los principios estudiados en Rusia y este movimiento fue bautizado por Watson como Conductismo (Caballo, 1991).

Watson (1878- 1958) fue un investigador Estadounidense que aportó a la Psicología un enfoque objetivo y experimental, estableciendo que el Conductismo podía abordar el estudio no solo de la conducta, sino de los pensamientos, los instintos y las emociones, puesto que también formaban parte de la conducta del ser humano.

En base a los diversos estudios realizados se observó que la conducta de los organismos dependía de un aprendizaje, estableciéndose que la conducta estaba conformada por una serie de respuestas ante ciertos estímulos del medio ambiente.

Otro investigador norteamericano que aportó nuevos conocimientos a la Psicología fue Thorndike (1874-1949), quien por medio de estudios realizados con gatos encontró que la conducta es aprendida por medio de ensayos y errores, es decir, que el comportamiento se ve influenciado por las consecuencias que se obtienen al realizar una conducta, así como por la constancia con que cierta conducta se repite.

Por su parte Skinner se enfocó a estudiar como los estímulos que se presentan antes de cierta conducta y el aprendizaje influyen en la presencia de la conducta, dándole a esto el nombre de Condicionamiento Operante (Caballo, 1991).

Todos los descubrimientos anteriores, así como las aportaciones hechas a la Psicología por medio del enfoque Conductista o Conductual, han dado paso al análisis experimental de la conducta y a la aplicación del Análisis Conductual Aplicado para el manejo de la conducta humana.

El análisis experimental de la conducta se enfoca de una manera un tanto singular a la conceptualización y la investigación del objeto de estudio de la Psicología, dándole importancia al establecimiento entre los acontecimientos ambientales y la conducta.

Así el objetivo de estudio de la Psicología sobre el nivel descriptivo de la conducta está íntegramente unido con métodos que se emplearon para estudiar la respuesta operante, el uso de la frecuencia o tasa de las respuestas así como el dato experimental fundamental y el centrarse sobre el organismo individual.

Por tal, el análisis conductual aplicado establece que el aprendizaje de la persona se va adquiriendo a través de su desarrollo y establece que la persona es una ente activo que constituye su propia personalidad y realidad en base a su pensamiento e ideas, es decir: 1) relación persona-ambiente 2) el origen de la conducta y como en base a la interacción persona-medio se modifica (Mahoney, 1988).

Dentro del análisis conductual aplicado se describe la conducta de una persona y la tarea consiste en modificar algunas conductas que provoquen en la persona un malestar persistente provocando en las personas un aprender y reaprender nuevas conductas (Wolpe, 1985).

El análisis conductual aplicado evalúa lo que la persona comenta y hace, y toma en cuenta de las conductas problema de la persona al inicio, durante y al final del tratamiento. El tratamiento conductual puede ir siendo modificado en algunos detalles durante el transcurso de su aplicación (Op. Cit.), conforme se vayan presentando las necesidades de la persona que esta siendo tratada, todo con el fin de llegar a la realización de los objetivos del paciente de manera más eficaz y exitosa para él.

Dentro del análisis conductual aplicado o tratamiento conductual, la tarea del terapeuta es la de observar, describir y facilitar el cambio de algunas conductas de la persona, ayudándole a plantear sus objetivos, para que posteriormente por medio de la aplicación de ciertas técnicas como el reforzamiento positivo y negativo, el castigo, discriminación, generalización, el paciente vaya realizando dichas metas a través de su cambio de actitud o conducta.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que el tratamiento conductual se aplica de diversas maneras: a una persona, pareja o familia, entre otros, por lo que es importante mencionar las maneras en que este puede aplicarse (Kazdin, 1983).

Primera mente desde el punto de vista de lo individual, el tratamiento conductual concibe al ser humano como un ente que se ve influenciado por una serie de factores (familiar, social, cultural) que ejercen influencia sobre el individuo en cuanto a su manera de pensar, actuar y sentir, y a la vez, este influye en el medio provocando todo un proceso de cambio y/o eliminación de algunas conductas (Goldstein y Kanfer, 1987).

Las conductas, del individuo dentro del tratamiento conductual se incrementan o decrecientan a través del tipo de reforzamiento (positivo o negativo) y del manejo que se da a cada una de estas tratando de hallar más eventos positivos para la propia persona, recibiendo apoyo, advertencias y reglas por parte del terapeuta para ayudar al paciente a seguir adelante (Skinner, 1987).

Es importante mencionar que a pesar de que la Psicología en este caso desde el tratamiento conductual se ha dedicado en gran parte a estudiar a las personas como individuos, no deja de tener en cuenta como la conducta de cada persona afecta o repercute en sus relaciones interpersonales, dentro de las cuales se encuentran las relaciones de pareja.

Se dice por tal que la conducta de las personas se da en función de las necesidades propias pero dentro de la relación de pareja también se cumplen los objetivos del otro.

Por lo tanto, el tratamiento conductual propone que una relación de pareja se establece y mantiene en base al tipo de reforzamiento otorgado y recibido por parte de uno de los integrantes al otro, y en cuanto a los conflictos que puedan presentarse se provocan por los castigos y reforzamientos negativos que se presenta en los miembros de la pareja (Mahoney, 1988). Además de que dentro de este tratamiento se busca mejorar la interacción entre sus miembros, minimizando los aspectos negativos y creando habilidades para que la pareja entente sus conflictos de manera exitosa (Caballo, 1991).

De este modo el tratamiento conductual de pareja es aplicable a las parejas que presentan una relación conflictiva y se basa en los principios de que:

A) Los miembros de la pareja deben ser analizados en base a sus conductas dentro de su relación, teniéndose en cuenta y como objetivo principal la relación más que los miembros de la pareja como individuos.

B) Los conflictos de pareja se deben al poco reforzamiento o presencia de conductas agradables para uno u otro y a la constante presencia de conductas desagradables.

C) Existe más posibilidad de conductas negativas recíprocas en las parejas conflictivas.

D) Existen problemas en la comunicación dentro de la pareja.

E) Se presenta una deficiencia en la toma de decisiones, solución de problemas y el aumento de conflictos de pareja.

Al aplicar el tratamiento conductual de pareja los métodos más utilizados son: el contrato conductual, solución de problemas, comunicación, manejo de conflictos, incremento de conductas positivas (Foster y Griffin, 1985; citados en Caballo, 1991). Con esto se busca que dentro de la pareja haya un incremento de situaciones que agraden a los dos.

Además se intenta entrenar a las parejas para que no recordaran en situaciones conflictivas pasadas que solo pueden provocar conflictos en el presente. Se trabaja la empatía, comunicación (para que cuando uno de los miembros de la pareja este hablando, el otro pueda concentrarse en el

tema y comprender mejor la situación), aceptación y comprensión del otro, aprender a expresar sentimientos o deseos ante su pareja, se maneja el ensayo de la conducta, la retroalimentación del otro miembro y del terapeuta, así como las tareas a realizar fuera del contexto de terapia (Foster y Griffin).

También dentro del tratamiento se busca incrementar las conductas que sean positivas para la relación, de manera que estas se puedan presentar diariamente o planear que en determinadas fechas uno de los miembros realice conductas y actividades que agrade al otro (Foster y Griffin, 1985; citados en Caballo, 1991).

El papel del terapeuta dentro del tratamiento conductual se enfoca a:

- 1) Plantear las metas de la pareja.
- 2) Detectar situaciones relevantes y hacer que la pareja las ensaye.
- 3) Estructurar la personalidad de los pacientes.
- 4) Instruir a los pacientes.
- 5) Modelar las conductas de la pareja.
- 6) Hacer sugerencias.
- 7) Adiestrar a la pareja durante los ensayos de las conductas problemáticas.
- 8) Retroalimentar positiva o negativamente conductas específicas de acuerdo al caso.
- 9) No dar importancia a conductas irrelevantes.

10) Hacer que los pacientes ensayen las conductas problema solo cuando el terapeuta este presente.

11) Facilitar crecimiento personal y de pareja.

Por otro lado, para generalizar la terapia suelen utilizarse: "Trampas conductuales" que consisten en que por medio de las tareas se provoca que se refuercen ciertas conductas.

"Desvanecimiento gradual de contingencias" consisten en ir eliminando a lo largo de la terapia las consecuencias externas de cierta conducta. "Ampliación del control de estímulo" se refiere a el hecho de aumentar los estímulos que propician determinada conducta. "Autocontrol" es el aprendizaje que van teniendo los mismos pacientes a manejar sus propias conductas. "Los compañeros como facilitadores" consiste en que cada miembro de la pareja funciona como estímulo ante el otro y sus nuevas conductas (Bornstein y Bornstein, 1986).

Es de esta manera como se aplica el tratamiento conductual a parejas que viven situaciones conflictivas con el fin de mejorar la relación.

Por otra parte, algunos profesionales de la salud que trabajan con familias han llegado a comprender que muchos de los problemas de los miembros de esta se relacionan directamente con las características internas de la familia. En otras palabras, la conducta de cada miembro no es una conducta aislada, sino contingente a la dinámica de la familia. Este concepto ha provocado un cambio en la intervención terapéutica.

Así pues, la familia es considerada ahora como la unidad de tratamiento, bajo el supuesto de que los síntomas observados en un miembro individual son un reflejo de graves dificultades en la propia familia. Tratar a esta interviniendo y modificando las interacciones que causan los problemas, lo cual representa el comienzo del tratamiento conductual familiar.

Este tratamiento cumple con dos objetivos principales dentro de la terapia familiar:

1) Debe descubrir por exploración histórica y observación de lo actual las interacciones de la familia con aquellos factores que condujeron a la aparición del problema.

2) Debe señalar a los miembros de la familia como sus características funcionales y no funcionales contribuyen a sus problemas.

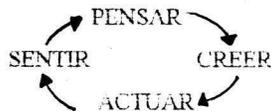
Cuando los miembros de la familia hayan llegado a comprender esta relación, el terapeuta orienta a la familia en la búsqueda de sus alternativas más productivas. Así cuando la familia ha

alcanzando un punto en el que el sistema ya no requiere que alguien este "enfermo" y permita a todos los miembros a alcanzar un crecimiento como individuos y como miembros de la familia, el objetivo del tratamiento conductual se habrá cumplido.

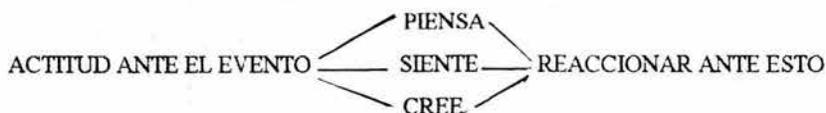
4.6.2 Tratamiento cognitivo y sus aplicaciones

Un evento importante dentro de la terapia de la conducta fue la denominada "Revolución Cognitiva", en donde la terapia o tratamiento cognitivo fue considerado como un nuevo enfoque que estaba fuera de la terapia de la conducta. Con esto se empieza a reconocer que las ideas (cogniciones) se encuentran presentes en todo ser humano y que por lo tanto son de suma importancia, incluso, respecto a esto, Mahoney y Kazdin (1979), menciona que "todas las terapias son simultáneamente cognitivas, conductuales y emocionales en mayor o menor medida".

Este enfoque postula que el ser humano es individual y que cada uno crea en base a su experiencia propia un conjunto de ideas que le llevan a crear su propio mundo, es decir, se crea un ciclo en el que se encadena el pensamiento, la conducta y las emociones (Mahoney y Freeman, 1988).



Posteriormente al surgimiento del enfoque cognitivo surgió la terapia cognitiva que fue desarrollada por Aaron T. Beck hace aproximadamente dos décadas, y en los 70's fue visto como un nuevo enfoque que podía beneficiar lo referente a los problemas emocionales. Dentro de la terapia o tratamiento cognitivo, se concentra la mayor parte de la atención al estudio de como el aprendizaje de los primeros años del ser humano se da en base a las respuestas que este va obteniendo a lo largo de su desarrollo y esto lo lleva a tener sus propias formas de actuar, lo cual va eliminando los sistemas perceptivos innatos que se tienen al nacer, siendo reemplazados por una serie de factores tanto internos como externos que van formando nuevas informaciones sobre el medio ambiente, y por lo tanto cambiando también las metas y la forma de vivir de cada ser humano, y que por lo tanto, la conducta de las personas depende de las ideas propias (Mahoney y Freeman, 1988).



Es así que a finales de los 70's comenzaron a desarrollarse diversos estudios sobre la terapia cognitiva, descubriéndose que ésta proporcionaba ventajas para los casos de depresiones, sin embargo esto no quiere decir que solo sirva para estos casos, sino que Beck estableció que la terapia cognitiva también podía utilizarse en casos de ansiedad, ira, relaciones interpersonales, soledad, dificultades en la personalidad e incluso en problemas matrimoniales (Caballo, 1991).

Los terapeutas que aplican la terapia o tratamiento cognitivo coinciden en que existe una relación y dependencia entre las cogniciones, las emociones y la conducta.

El modelo cognitivo establece que los seres humanos muchas veces perciben lo que les rodea de una manera negativa, es decir, por medio de pensamientos que les provocan perturbaciones emocionales, y que dependiendo de estas cogniciones (ideas) se presentan las actitudes y situaciones de cada persona. Este modelo menciona que las cogniciones negativas dependen los síntomas emocionales, afectivos y conductuales.

El tratamiento cognitivo establece que la conducta y actitud de una persona depende de sus ideas o pensamientos, por lo tanto, el individuo tiene la capacidad de crear sus propias concepciones sobre el mundo y la realidad (Caballo, 1991).

En cuanto a su aplicación de manera individual, el tratamiento cognitivo describe la conducta de la persona como una manera para llegar a algún punto u objetivo, lo cual resulta un evento que motiva a la gente para seguir adelante, convirtiéndose esta motivación en un objetivo "ideal" que provoca en las personas una serie de ideas y sentimientos que llenan de significado la vida. De esta manera, el tratamiento cognitivo se centra en la explicación al paciente de cuáles son cogniciones que le llevan a tener dificultades en su vida, tratando de hacerle ver que cuenta con otras alternativas para cambiar el sentido de su vida, dejando de cometer los mismos "errores" que hubo anteriormente (Mahoney y Freeman, 1988), al cambiar la creencia por tanto la actitud.

En cuanto al tratamiento cognitivo aplicado a una pareja, tenemos que en muchas ocasiones los conflictos de pareja se deben a una serie de ideas o cogniciones de un miembro a otro que provocan incomodidad o malestar dentro de la relación de pareja.

Debido a esto en la mayoría de las relaciones conflictivas de pareja, uno de los miembros de esta suele vivir esperando una serie de cambios en el otro para que mejore la relación, lo cual implica que el conflicto continúe en el cónyuge sin pensar en el cambio de sí mismo, otorgándose la responsabilidad de la situación que se vive en pareja a los factores internos (ideas, pensamientos, valores, creencias) del otro y destacando las conductas negativas del cónyuge.

Por lo tanto dentro del tratamiento cognitivo se trabajan las ideas y pensamientos de cada uno de los cónyuges, tratando de obtener un cambio en estas ideas y en las actitudes o conductas propias para poder mejorar la relación de pareja.

Por otro lado, el tratamiento cognitivo, también puede ser aplicado a familias, tomando como objetivo la modificación en algunas de las actitudes de cada uno de los miembros y al aplicar este tratamiento se pueden utilizar los siguientes procedimientos.

A) El cambio de la propia conducta. En este punto, se analiza como la actitud de uno de los miembros de la familia repercute en la de los demás, por lo que se trabaja en el cambio que cada uno de los miembros de la familia puede tener para obtener un cambio en los demás. Por ejemplo, Dreikurs, 1972; (citado en Mahoney y Freeman, 1988), menciona que en el caso de un niño que lloraba cuando se le llevaba al parque se observó que el llanto del niño se debía a la inseguridad de la madre al dejarlo allí, por lo tanto se trabajó con la madre este sentimiento de inseguridad ante dicha situación, y se logró que el niño dejara de llorar ante este evento cuando la madre cambió su actitud.

B) Realizar una lista: Esto se refiere a la manera en que la gente puede darse cuenta de como su actitud ante cierta situación provoca que una conducta desagradable de otro de los miembros de la familia continúe teniendo actitudes que desagradan a los demás, respecto a esto se puede ejemplificar un caso en donde la madre reprime constantemente al hijo por realizar actividades que le pueden causar algún daño, y el hijo aumenta la frecuencia de dicha conducta, y si en este caso se trabaja con la madre pidiéndole que anote en una lista el número de veces que llama la atención al hijo por realizar dicha actitud, con el fin de que una vez contabilizadas estas llamadas de atención, pueda disminuirse la frecuencia de represiones ante la actitud del hijo, se ha encontrado que la conducta del hijo suele cambiar, disminuyendo el número de veces que realiza la conducta indeseada.

Por lo tanto, la manera en que se trabaja el tratamiento cognitivo dentro de una familia es por medio del cambio propio inicialmente para poder obtener un cambio en los otros miembros de la familia (Maloney y Freeman, 1988).

En cuanto a la función del terapeuta cognitivo, el trabajo de este consiste en analizar la conducta de la gente en base a la relación existente entre lenguaje, pensamiento, sentimiento, actuación, órgano (refiriéndose esto último a las respuestas fisiológicas de la persona como son temblor de manos, sudoración, aceleraciones cardíacas, entre otros), centrándose en las percepciones que el paciente tiene respecto a su mundo, para que posteriormente el terapeuta se encargue de crear en el paciente una nueva imagen de sí mismo manejando o creando nuevos pensamientos (Op.Cit).

4.6.3 Tratamiento cognitivo-conductual

Una vez mencionados los enfoques conductual y cognitivo es importante destacar como estos dos enfoques se han trabajado conjuntamente para obtener mejores resultados.

El interés por la importancia que juegan los factores cognitivos en la modificación de conducta ha crecido en los últimos años. De este interés han surgido técnicas cognitivo-conductuales como: la terapia aversiva, los procedimientos de entrenamiento en habilidades, el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, entrenamiento en solución de problemas, la terapia racional emotiva, entre otras. Debido a esto han llegado a existir manuales para el tratamiento Cognitivo-conductual del miedo, la ansiedad, depresión, dolor, abuso de drogas y otros trastornos (Golstein y Kanfer, 1987).

La población adulta y los problemas que han recibido tratamiento cognitivo-conductual agrupa a personas que tienen problemas de ansiedad, interpersonales, control del enojo, dolor, depresión, adicciones, disfunciones sexuales, entre otras.

Por tal muchos de los procedimientos de la terapia de la conducta como la desensibilización, el modelado, el condicionamiento operante y aversivo, el ensayo en la imaginación y conductual han sido modificados a partir de la combinación con los factores cognitivos.

Ahora bien, el proceso de terapia cognitivo-conductual puede dividirse en tres fases, donde a la par se va evaluando a la persona, pero antes de mencionarlas es importante saber que dichas fases no forman una secuencia fija o cerrada sino que puede repetirse o volver atrás si resulta necesario para el progreso de la terapia.

FASE I. CONCEPTUALIZACION DEL PROBLEMA O EVALUACIÓN INICIAL: En esta fase el terapeuta y el paciente redefinen los problemas del paciente en términos que den al paciente un sentido de control y un sentimiento de esperanza, especialmente en términos que lleven a intervenciones conductuales concretas; así los dos intentan redefinir el problema en términos que sean aceptables para ambos. Existen diferentes elementos (la manera en que el terapeuta discute el problema, el tipo de preguntas que hace, la clase de procedimientos de evaluación que emplea, el contenido del fundamento de la terapia y el tipo de tareas que deja al paciente para que realice en casa) que contribuyen a elaborar una conceptualización común entre el terapeuta y el paciente.

Esta fase comienza con la exploración que hace el terapeuta de la amplitud y duración del problema que presenta el paciente, este puede hablar de los sentimientos y pensamientos que presentó y experimentó antes, durante y después de una situación; a partir de esto el terapeuta ayudará al paciente a darse cuenta de los aspectos irracionales, autodestructivos y autosuficientes de su estilo de pensamiento, verbalizaciones e imágenes.

En total el objetivo de esta fase es recabar información sobre los problemas del paciente, establecer el terreno de trabajo para que el terapeuta y paciente elaboren una conceptualización común del problema en cuestión, y decidir los medios de la intervención terapéutica, (Goldstein y Kanfer, 1987).

FASE II. "LA PRUEBA" DE LA CONCEPTUALIZACION O EVALUACIÓN DURANTE:

La segunda fase del tratamiento cognitivo-conductual se presenta para hacer que los pacientes "prueben" y consoliden la conceptualización de su problema.

La fase empieza cuando el paciente reporta las tareas que se le han encomendado en cuanto al control de su diálogo interno, pensamientos e imágenes automáticas.

Esto ayuda a explorar el contenido de sus cogniciones y los aspectos de autonegación y autosuficiencia del tipo de pensamiento propio. Así los pacientes comienzan a descubrir que sus sentimientos y/o emociones negativas no son una propiedad de los acontecimientos externos, sino internos, los cuales contribuyen a provocar y mantener dichas emociones.

En este punto el terapeuta puede introducir el fundamento de la terapia, es decir, las consecuencias de la situación problemática por la que está pasando a través de como se siente, que piensa, que autoverbalizaciones e imágenes tiene ante la situación, así como la forma en que se trabajara y como favorecerá el cambio.

En suma, la segunda fase del tratamiento cognitivo-conductual trata de cómo el terapeuta ayuda a su cliente a explorar, ensayar y consolidar la conceptualización de su problema actual (Op. Cit.).

FASE III. MODIFICACIÓN DE COGNICIONES Y PRODUCCIÓN DE CONDUCTAS

NUEVAS O EVALUACIÓN FINAL: Mientras que las dos primeras fases de la terapia suponen preparar al paciente para el cambio, en esta fase del tratamiento es donde el terapeuta ayuda al paciente a modificar su diálogo interno (autoverbalizaciones e imágenes) y a producir conductas nuevas y más adaptativas que se practican en vivo. Estas conductas llevarán a consecuencias que el paciente y el terapeuta pueden considerar a partir de las expectativas y creencias previas del paciente. Esta reevaluación puede dar salida a la creación de nuevas conductas futuras. Así el objetivo de esta tercera fase es el de empezar un proceso en el que lleguen a interactuar reciprocamente la cognición, el afecto, la conducta y las consecuencias del medio. El modo de proceder depende en parte de la naturaleza del problema en cuestión, de los objetivos de la terapia y de la orientación del terapeuta cognitivo-conductual. Quedando establecido que en esta fase comienza la aplicación de las técnicas de modificación de conducta.

A partir de todo esto se reitera la importancia de la combinación y la creación del enfoque cognitivo-conductual que puede aplicarse comenzando con los actos de conducta, y obtenerse resultados significativos que afectan a las consecuencias ambientales y a la forma en que se evalúan. Esta significancia influirá en el diálogo interno que precede, acompaña e influye en la conducta, estos cambios darán lugar a consecuencias nuevas que harán que el paciente reevalúe su estilo de pensamiento y creencias. De la misma manera, si se interviene en las cogniciones, es importante que se dé como resultado que el paciente genere y lleve a cabo nuevas conductas o experimentos personales en vivo (Goldstein y Kanfer, 1987).

Es así como se aplica el tratamiento cognitivo-conductual, el cual puede resultar benéfico en la persona y ayuda a obtener cambios benéficos para la persona.

4.6.4 Técnicas que se utilizan en el tratamiento cognitivo-conductual.

Al aplicarse el tratamiento cognitivo conductual se ha encontrado que existen técnicas que se aplican más constantemente (dependiendo del caso), por lo tanto en este apartado presentamos la explicación de estas técnicas con el fin de ejemplificar las que pueden ser más útiles en los casos de Maltrato Conyugal.

REFORZAMIENTO: Consiste en presentar un estímulo reforzante o eliminar un reforzador negativo inmediatamente después de una respuesta.

REFORZAMIENTO POSITIVO: Es cualquier estímulo cuya presentación después de una respuesta aumenta la probabilidad de ocurrencia.

REFORZAMIENTO NEGATIVO: Es cualquier estímulo cuya retirada después de una respuesta aumenta la probabilidad de ocurrencia de la respuesta (Goldstein y Kanfer, 1987).

CASTIGO: Consiste en presentar un estímulo aversivo o eliminar un reforzador positivo inmediatamente después de una respuesta para que decremente la probabilidad de ocurrencia (Caballo, 1991).

EXTINCIÓN DEL CASTIGO: Consiste en la recuperación de una respuesta que había disminuido por el castigo debido a que la respuesta deja de ser castigada.

EXTINCIÓN OPERANTE: Consiste en disminuir la probabilidad de una respuesta dejándola de reforzar.

MODELADO E IMITACIÓN: Consiste en presentar una conducta que se ha de imitar con el propósito de provocar esa conducta en otra persona (Goldstein y Kanfer, 1987).

MOLDEAMIENTO O APROXIMACIÓN SUCESIVA: Implica reforzar conductas cada vez más próximas a la respuesta objetivo. Primero se refuerza cualquier respuesta que se parezca a la respuesta objetivo, sin importar mucho que el parecido sea lejano. Después de que se ha aumentado la frecuencia de esa respuesta, tendrá también lugar por medio de la generalización otra que se parezca un poco más a la respuesta objetivo y será reforzada. Este proceso continúa hasta que finalmente ocurre la respuesta objetivo y se le refuerza (Caballo, 1991).

DISCRIMINACIÓN O CONTROL DE ESTÍMULOS: Consiste en un estímulo que está correlacionado con la probabilidad de que sea reforzada una respuesta. Hay otros dos tipos de

estímulos discriminativos: E_D y E_{Δ} . Un E_D es un estímulo en cuya presencia se refuerza una respuesta; un E_{Δ} es un estímulo en cuya presencia nunca se refuerza una respuesta.

GENERALIZACIÓN: Es el estímulo que predice la recompensa o el castigo en todas las situaciones (Goldstein y Kanter, 1987).

DESVANECIMIENTO: Implica el emplear el control presente de una respuesta objetivo por un E (denominado estímulo de partida) para poner la respuesta bajo el control de E meta. Es especialmente útil cuando el E meta provoca una respuesta que es incompatible con la respuesta objetivo. El procedimiento implica el presentar el E inicial y el E meta, juntos durante una serie de ensayos, mientras que gradualmente se aumenta la intensidad de E inicial desde un alto nivel original. Finalmente la respuesta será evocada por el E meta de intensidad normal en ausencia del E inicial (Op. Cit.).

ENCADENAMIENTO: La conducta compleja se compone a menudo de secuencias repetitivas denominadas cadenas de estímulos y respuestas. Hay tres procedimientos generales para enseñar cadenas de conductas: encadenamiento hacia adelante, encadenamiento hacia atrás y presentación de la tarea completa. Cada uno de estos procedimientos de encadenamiento implica el descomponer primero la cadena en sus componentes e ir "enlazando" los componentes reforzándolos en la secuencia apropiada. El encadenamiento hacia adelante se lleva a cabo reforzando el primer componente, luego reforzando el primero seguido por el segundo al que le sigue un tercero, y así sucesivamente. En el encadenamiento hacia atrás se refuerza el último componente, luego el penúltimo seguido por el último; el antepenúltimo, seguido por el penúltimo al cual le sigue el último, y así sucesivamente. En la presentación de la tarea completa todos los componentes tienen lugar secuencialmente y son reforzados (Caballo, 1991).

Una vez explicadas las bases de las técnicas conductuales mencionaremos los procedimientos posibles de utilizar en casos de Maltrato conyugal.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

La desensibilización sistemática fue desarrollada por J. Wolpe, es un procedimiento basado en los principios del condicionamiento clásico que estableció Pavlov, y supone que la ansiedad puede ser eliminada por medio de cualquier respuesta totalmente contraria.

De este modo, Wolpe desarrolló este procedimiento basado en la idea de que la inhibición recíproca disminuye el sentimiento de ansiedad o miedo, es decir, que si ante cualquier situación de miedo se presenta el aumento de otra situación que no provoque miedo, la conducta de miedo disminuye y aumenta la otra.

Además, los principios cognitivos suponen que la desensibilización puede reestructurar las ideas de las personas de miedo que las respuestas o sentimientos que se tienen ante cierta situación pueden cambiar convirtiéndose en respuestas satisfactorias para el paciente (Caballo 1991).

Así pues, la desensibilización sistemática es una intervención terapéutica que se utiliza para eliminar o disminuir el miedo, la ansiedad o la tensión que ciertas situaciones o estímulos provocan en la gente.

En esta se enseña a la persona a adquirir una respuesta opuesta a la ansiedad, lo cual se logra por medio de los siguientes pasos:

1) detectando las ideas racionales e irracionales de las personas, relacionadas con las situaciones que causan temor o ansiedad. Se le pide a la persona que haga una lista de dichas situaciones.

2) Analizando la conducta de ansiedad y estableciendo una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad.

Para establecer la jerarquía se pide a la persona que trate de detallar lo más posible las situaciones que le causen ansiedad o temor, para que una vez detalladas pueda establecerse la jerarquía de manera más específica. Al tener esto, se otorgan a dichos eventos calificaciones que van de 0 a 100 colocándose en orden del de menor (en el 0) al de mayor ansiedad (en el 100).

3) Se entrena a la persona en algún proceso de relajación profunda que puede ser la meditación, relajación progresiva (reducción de tensión muscular), hasta la imaginación de situaciones agradables o relajantes.

4) Apareamiento de la imaginación de las situaciones de la jerarquía (una por una) con la presencia de relajación profunda (Caballo, 1991).

Por medio de la desensibilización sistemática se ha logrado eliminar en la gente miedos, ansiedades y fobias, y se ha encontrado que su resultado es efectivo.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO

El entrenamiento asertivo se da para disminuir el nivel de ansiedad que las personas experimentan ante ciertas situaciones y para adquirir una comunicación que favorezca y permita demostrar sentimientos de cualquier tipo (enojo, amor, tristeza, inconformidad, entre otros) ante otras personas.

El entrenamiento asertivo se aplica cuando la gente carece de habilidades para expresar sus sentimientos, haciéndolo de manera agresiva o en su extremo pasiva. Temas que dentro de la asertividad se manejan la conducta verbal: el tono de voz, el volumen de la voz, la fluidez con que se habla. Y la conducta no verbal: la proxémica (distancia que existe entre una persona y otra), los gestos, los movimientos del cuerpo, manos y pies, y la mirada.

El procedimiento que se sigue con las personas que requieren de un entrenamiento asertivo es el siguiente:

- 1) Explicar a la gente que es la asertividad.
- 2) Distinguir las respuestas asertivas de las no asertivas.
- 3) Construir una lista y jerarquía de conductas asertivas.
- 4) Establecer los objetivos de la terapia.
- 5) Manejar relajación.
- 6) Entrenamiento de las habilidades asertivas en conductas no verbales (en estas se recuerda a la persona la importancia de la proxémica, de mantener la mirada hacia la persona con la que se está hablando, dirigir el cuerpo hacia la otra persona, la expresión facial), y verbales (la capacidad de entablar pláticas, hacer afirmaciones, preguntar, participar e interrumpir pláticas) que se

establecieron en los objetivos iniciales de la terapia, a través del ensayo conductual, aplicación imaginaria y aplicación en vivo (Mahoney y Kazdin, 1979).

SOLUCION DE PROBLEMAS

Dentro de la vida cotidiana existe una serie de problemas y en ocasiones la gente lucha con la habilidad para resolverlos, por lo que necesita de la asesoría o apoyo de técnicas que le ayuden a encontrar mejor soluciones.

De este modo, la técnica terapéutica basada en los enfoques conductista y cognitivo denominada solución de problemas es una forma que puede resultar útil a la gente para solucionar los problemas que se le presentan y se basa en los supuestos de que, la incapacidad para solucionar problemas puede acarrear problemas emocionales y una vez que la gente recibe asesoría psicológica en solución de problemas, adquiere la capacidad para resolver de manera más eficaz los conflictos que se le presenten.

El objetivo de la solución de problemas es el encontrar alternativas que ayuden a la gente a encontrar el camino a seguir para resolver las situaciones conflictivas.

Lo que se pretende al aplicar la solución de problemas es el crear en la persona la idea de que los problemas siempre están presentes y que todos cuentan con la capacidad para enfrentarlos, que el paciente aprenda a identificar las situaciones conflictivas que se le presentan, y que la persona aprenda a disminuir las reacciones impulsivas, sustituyéndolas por conductas racionales (Goldfried y Davison, 1981)

El procedimiento que se sigue al aplicar la solución de problemas consta de 5 pasos:

- 1) Explicar al paciente en que consiste la solución de problemas así como sus aplicaciones.
- 2) Definir el problema que se va a trabajar en la terapia: Esto ayuda al paciente a detectar los estímulos que están ocasionando la presencia del problema.
- 3) Generar las alternativas posibles para solucionar el problema: Es la parte más importante del proceso, donde se crean todas las respuestas posibles que se pueden dar al problema para poder encontrar la más conveniente.

4) Tomar decisiones para superar el problema: Consiste en elegir de todas las alternativas posibles una y analizar las consecuencias que esta puede provocar, así como los beneficios que ocasiona.

5) Verificar que tan efectivas fueron las decisiones tomadas: En esta fase, el paciente debe darse cuenta de lo que realmente está ocurriendo en base a la decisión elegida y comparar los resultados con los previstos. Y al analizar esto, el individuo está listo para finalizar la terapia o para cambiar de decisión (Golfried y Davison, 1981).

La técnica de solución de problemas se ha aplicado como una intervención de tratamiento a una amplia variedad de trastornos clínicos como la depresión, el estrés, la ansiedad, la agorafobia, la obesidad, el alcoholismo, el daño cerebral, retraso mental, la indecisión a escoger una carrera, el fracaso académico e incluso en los problemas matrimoniales. Dentro de esta técnica se entiende como "problema" las situaciones particulares de cada persona sean presentes o futuras que exigen respuestas para el funcionamiento eficaz de la persona, y que no reciben respuestas funcionales para enfrentarse, debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la inexperiencia. Es decir, los problemas presentan a menudo una discrepancia entre la realidad de la situación y los objetivos deseados (Caballo, 1991).

A su vez, una solución en este modelo se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. Así las soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo logran estos objetivos sino que al mismo tiempo incrementan las consecuencias positivas (los beneficios) y aminoran las consecuencias negativas. La adecuación de la eficacia de cualquier solución potencial varía dependiendo de la persona y del lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los propios valores y objetivos de las otras personas significativas (Caballo, 1991).

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La Terapia Racional Emotiva (TRE) fue desarrollada por el estadounidense Albert Ellis, quien al crearla se basó en los fundamentos filosóficos, conductuales y cognitivos que establecen

que los disgustos emocionales dependen de las interpretaciones personales, y que llevan a dificultar la realización de los objetivos de cada persona (ideas irracionales), minimizando los pensamientos positivos que pueden facilitar el logro de ciertas metas (ideas racionales).

El objetivo de la (TRE) es identificar las ideas racionales e irracionales del paciente para que aprenda a manejarlos (Caballo, 1991).

Al aplicarse la TRE, se utiliza un modelo específico a esta técnica: el ABCDE. Donde:

A: se refiere a las experiencias que causan algún tipo de conflicto a las personas.

B: son las creencias que se tienen sobre una situación específica.

C: se refiere a las consecuencias que provocan las experiencias así como las creencias de la persona ante determinada situación.

D: es la refutación de las creencias irracionales.

E: son las creencias racionales efectivas (Ellis y Dryden, 1989).

De este modo, al aplicar la TRE, se inicia enseñando al paciente en qué consiste la terapia, para después comenzar a detectar las ideas irracionales (explicando que son éstas las que provocan los malestares psicológicos); posteriormente se comenta con el paciente que tan válidas son sus ideas racionales, y es en esta parte donde el paciente aprende a distinguir entre ideas racionales e irracionales, tratando de minimizar las ideas de tipo irracional; y al final se ayuda al paciente para que maneje ideas racionales que le resulten benéficas o funcionales (Caballo, 1991).

Además de manejar la TRE dentro del consultorio, es importante dejar al paciente una serie de tareas para la casa (leer algún libro que tenga que ver con la aplicación de la TRE, por ejemplo), con el fin de que el paciente aprenda que existen nuevas formas de pensar.

RELAJACIÓN

La relajación es una técnica basada en los principios de la Modificación de Conducta y tiene algunas influencias de las técnicas de sugestión, el magnetismo, y la hipnosis.

Posteriormente, fue utilizada como complemento de otras técnicas de enfoque conductual (como la desensibilización sistemática) y muchos otros enfoques.

Aunque pareciese que la relajación es en gran parte un proceso fisiológico, debido a que plantea situaciones como el manejo de los músculos, no puede dejar de hacerse mención de lo conductual debido a que se basa en las afirmaciones verbales del paciente referentes a su estado físico y sus actividades motoras, así como de las respuestas somáticas que presenta ante determinadas situaciones (Caballo, 1991).

El objetivo de la relajación es enseñar al paciente a manejar la relajación cuando se presenten situaciones de tensión, y esto se lleva a cabo practicándolo además del consultorio, en casa para que pueda generalizar esta técnica a cualquier caso que le provoque tensión.

Al aplicarse la relajación, el terapeuta debe tener en cuenta el tipo de problema que presenta el paciente y con que fin se va a utilizar la relajación, así como la manera en que se va a proceder en la aplicación de esta en el consultorio y como tarea para el paciente.

La aplicación de la relajación consiste en pedir al paciente que encontrándose en una posición cómoda para él, cierre los ojos y trate de concentrarse en una sensación de tranquilidad.

De manera verbal, el terapeuta va mencionando que es importante que maneje su respiración, logrando hacerla profunda y pausada, después se describe al paciente cada parte de su cuerpo para que continuando con los ojos cerrados, logre aflojar cada músculo lo más posible, para que esto facilite la sensación de tranquilidad en el paciente. Es importante mencionar que la relajación tiene diversas modalidades y formas de aplicación, pero la descrita anteriormente es la que se aplica más comúnmente debido a que es la que el paciente puede reproducir de manera más accesible fuera del consultorio, además se le debe enseñar al paciente que lo haga solo, pues no solo el terapeuta es el que relaja.

Finalmente, para evaluar la efectividad de la relajación, se utilizan unos autoregistros para que el paciente escriba el nivel de relajación (manejando una escala del 0 al 10) que el paciente va experimentando diariamente (Op. Cit.).

JUEGO DE ROLES

La técnica denominada juego de roles es un elemento que se utiliza dentro de la terapia conductual, y tiene como fin que la persona interprete y simule la actitud de la persona con la que presenta una situación conflictiva en particular, mientras que el terapeuta juega el papel del paciente.

El juego de roles se basa en un procedimiento de aprendizaje dirigido paso a paso con el fin de que la persona mejore o cambie actitudes ante situaciones conflictivas. El juego de roles puede llevarse a cabo haciendo que la persona realice representaciones exageradas o lo más idénticamente posible a las situaciones de la vida real.

El juego de roles permite al terapeuta estructurar la conducta que la persona ha de realizar en determinada situación, permitiéndole con ésto manejar de un modo efectivo problemas como la ansiedad y los déficits conductuales (Goldstein y Kanfer, 1987).

Es importante distinguir entre la simulación y el juego de roles. La simulación significa imitar replicar o asumir la forma de algo o alguien sin asumir la realidad. Mientras que el juego de roles -que quiere decir representar un papel que normalmente no es el propio- es un caso concreto de simulación (Op.Cit.).

Lo que se pretende con esta técnica es que el paciente practique situaciones conflictivas y se ponga en el lugar del otro para ver el asunto desde otro punto de vista diferente al suyo y al mismo tiempo perciba su propia conducta de otra manera que le permita percatarse de lo que esta haciendo, lo cual se lleva a cabo por medio del modelamiento en conductas nuevas .

AUTOESTIMA

Cada individuo es la medida del amor a sí mismo, su autoestima es el marco de referencia desde el cual se proyecta; siendo que todos los "problemas" parten de aquí, ya que todos los individuos se preocupan por ver, juzgar y arreglar lo que está fuera de él, cuando la solución de muchos de sus conflictos está en que cada persona se encargue de arreglar lo primero que le corresponde, es decir, él mismo.

Dentro de la creación, el ser humano es el único que tiene el privilegio de la conciencia; ésta lo lleva a buscar, transformar, escoger y decidir lo que para él es significativo, pero, "El que no se ama no puede ser libre, no tiene confianza en sí mismo para atreverse a serlo".

Debido a ésto el ser humano va creando la capacidad para elegir la actitud personal ante cualquier reto, o un conjunto de circunstancias y así decidir su propio camino. Lo que el ser humano llega a ser, lo que tiene que ser por sí mismo se ha denominado autoestima (Bolio y Arciniega, 1989).

Llegar a reconocer la autoestima es un proceso que para algunas personas puede ser corto y rápido. para otros puede ser largo y difícil, para llegar a reconocerla se contemplan una serie de pasos que a continuación mencionamos:

1. **AUTOCONOCIMIENTO:** Se refiere al reconocimiento de las partes que componen el yo, manteniendo un reconocimiento de cuales son sus manifestaciones, necesidades y habilidades.

2. **AUTOCONCEPTO:** Son las creencias (una o varias) que las personas tienen de sí mismas y que terminan reflejándose en su propia conducta, por ejemplo, si alguien se cree tonto, actuará como tonto, a diferencia de si alguien se cree inteligente, actuará como tal.

3. **AUTOEVALUACION:** La autoevaluación refleja la capacidad de evaluar las cosas como buenas para sí mismo, si satisfacen, si son interesantes, enriquecedoras, si hacen sentir bien y permiten crecer o aprender, así como la capacidad para considerarlas malas.

4. **AUTOACEPTACION:** Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, la forma de ser y sentir, ya que a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de cambio.

5. **AUTORRESPECTO:** Es entender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño o culparse. Implica el valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

6. **AUTOESTIMA:** Esta es la síntesis de todos los pasos anteriores, ya que si una persona se conoce y está consciente de sus cambios crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades y si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí mismo, no se acepta ni respeta, por lo tanto no tendrá autoestima (Chadwick, 1991).

4.6.5 Tratamiento para mujeres maltratadas

En este apartado nos enfocaremos a mencionar los diversos tratamientos que se aplican a mujeres que viven situaciones de Maltrato Conyugal debido a que en México existen diversos Centros de apoyo que se dedican a trabajar en estos tipos de situaciones utilizando diferentes procedimientos.

Comenzando con el Centro de Atención al la Violencia Intrafamiliar (CAVI), aquí se utilizan para el trabajo con Mujeres Maltratadas terapias grupales basadas en la "perspectiva de

género", "enfoque humanista"; "terapia gestalt" en donde dentro de estos enfoques se trabaja la autoestima de la Mujer Maltratada, debido a que cuando estas llegan a pedir apoyo, se presentan con un decremento en su autoestima.

También dentro del CAAV, se trabaja con las Mujeres Maltratadas asertividad para que estas adquieran las habilidades que les ayuden a mejorar su comunicación en la relación de pareja y con las personas que les rodean.

En el Centro de Apoyo a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE), las terapeutas que se dedican a apoyar a las Mujeres Maltratadas que llegan a dicho Centro, utilizan terapias basadas en diversos enfoques como el "Humanista", y la "perspectiva de género", utilizando técnicas de estos enfoques dependiendo del caso específico de la persona así como variando de acuerdo al criterio de cada terapeuta que brinda atención a las mujeres.

En el Centro de Atención a la Mujer (CAM), se atiende a las Mujeres Maltratadas brindándoles terapia de tipo "Humanista" y desde la "Perspectiva de Género", trabajando con ellas por medio de terapia individual y/o grupal. Dentro de este apoyo se trabaja la autoestima de las mujeres, así como su historia personal y sus emociones.

En el CAM, una vez que las Mujeres Maltratadas han llevado un proceso terapéutico (humanista) que les ha permitido trabajar sus emociones pasadas y presentes, se aplican algunas técnicas basadas en la Modificación de Conducta y en la terapia cognitivo-conductual como son la desensibilización sistemática, solución de problemas, juego de roles, asertividad, para que una vez trabajados sus sentimientos, emociones, pensamientos, conductas y actitudes, logren darse cuenta de las alternativas de solución con que cuentan y puedan tomar decisiones que les sean funcionales para manejar su situación de Maltrato Conyugal, así como situaciones en general.

Otro Centro que se dedica a apoyar a Mujeres Maltratadas es el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV), en donde aunque es un lugar especializado en atender personas que han sufrido situaciones de violencia sexual, se llega a atender a Mujeres Maltratadas que acuden a pedir apoyo a dicho sitio. En este Programa, se atiende a las personas desde el enfoque cognitivo-conductual, basado en la Modificación de Conducta, utilizando técnicas como la desensibilización sistemática, la terapia racional emotiva, entre otras, proporcionándole a las mujeres la posibilidad de aprender a manejar sus pensamientos, por medio de los cuales logran manejar sus emociones.

El Colectivo de Lucha Contra la Violencia Hacia las Mujeres (COVAC), utiliza para el apoyo a las Mujeres Maltratadas un Modelo terapéutico denominado "De ayuda Breve y de Emergencia", el cual es una intervención que ayuda a las mujeres a salir de la crisis que le

prevenga el estar viviendo situaciones de violencia. Este tipo de atención se enfoca a intervenir de manera directa lo que la mujer está viviendo en ese momento, desde un punto empático. Este modelo tiene su base en los enfoques feminista, de género y humanista.

Además trabajan con diferentes técnicas que se utilizan en intervención en crisis. Sin embargo, dentro del COVAC, se menciona que no están casados con ningún enfoque en especial, sino que su objetivo es ayudar a las Mujeres Maltratadas desde un punto de vista de ayuda comunitaria y humana, y denominan a su modelo "De ayuda breve", debido a que en el caso de las Mujeres Maltratadas, muchas de ellas no continúan con todo su proceso terapéutico por muchas razones, por lo tanto en COVAC lo que busca es apoyar a la mujer de manera inmediata con el objetivo de ayudarle a sentirse mejor y a superar su conflicto del momento. En base a los tratamientos que se dan en los Centros que antes mencionamos, nosotros proponemos un tratamiento cognitivo-conductual para las mujeres maltratadas por su conyuge.

CAPITULO 5

MÉTODO

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

-Proporcionar terapia cognitivo-conductual para que la Mujer Maltratada adquiriera habilidades, conocimientos y alternativas necesarias para enfrentar situaciones de Maltrato Conyugal de manera exitosa para ella.

-Disminuir la frecuencia con que se presentaba el Maltrato Conyugal, a través de técnicas de modificación de conducta.

-Mejorar la calidad de vida (bienestar físico, emocional y social) de la mujer sobreviviente de Maltrato Conyugal.

5.1 SUJETOS

Se tomaron 10 mujeres maltratadas por su cónyuge que acudieron a pedir apoyo psicológico al Centro de Atención a la Mujer (CAM).

5.2 MATERIAL

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| -Hojas blancas | -Pliegos de papel bond |
| -Lápices | -Plumones de colores |
| -Folders | -Hojas de registro |
| -Formatos de entrevista (anexados) | -Grabadora |
| -Formatos de inventarios (anexados) | -Cassettes con música
para relajar |

5.3 ESCENARIO

Cubículo de 4m de largo X 4m de ancho del Centro de Atención a la Mujer (CAM).
Situado en Av. Toltecas No. 15 Col. San Javier Tlalnepantla Estado de México.

Se trabajo en un lugar sin interrupciones, con ruidos poco frecuentes, con ventilacion e iluminación suficientes. Que contó con: escritorio, dos sillas, un sillón y un archivero.

5.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Formato de entrevista semi-estructurada que contuvo:

- 1) Datos demográficos
- 2) Antecedente familiares
- 3) Característica de la situación de maltrato
- 4) Evaluación de las respuestas: conductual, verbal, cognitivo, emocional, sexual, familiar y laboral (diseñado especialmente para la investigación)
- 5) Evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal.
- 6) Inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal, inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal, inventario de conductas negativas del cónyuge (Estos inventarios fueron tomados del libro "Cuando el amor es odio" de Susan Forward).
- 7) Diseño experimental (ABCD) de caso único

5.5 PROCEDIMIENTO

5.5.1 REMISIÓN

Una vez que las mujeres acudieron al CAM y fueron canalizadas al área de Psicología, se procedió de la siguiente manera, con un diseño de 4 fases (ABCD).

FASE A: EVALUACIÓN INICIAL

Primeramente se realizó un rapport y se estableció el contacto inicial. Posteriormente se aplicó la entrevista inicial así como los inventarios con el objetivo de obtener descripción del motivo de la consulta, las características y las consecuencias en el sistema de respuestas ante la situación de Maltrato Conyugal. En esta fase también se evaluaron las necesidades de apoyo legal y médico para ser canalizadas a las otras áreas de atención del CAM. Esta fase duró aproximadamente 4 sesiones, dependiendo de cada caso.

FASE B: INTERVENCIÓN

En esta fase se aplicó la terapia basada en los principios cognitivos y de modificación de conducta con el fin de trabajar las diferentes áreas de la mujer en que se observó más problemática (de acuerdo a los resultados de la entrevista y los inventarios), para proporcionar y desarrollar habilidades, conocimientos y alternativas en el manejo de situaciones conflictivas que presentó la persona y sus consecuencias en los sistemas de respuestas (conductual, verbal, emocional y cognitivo). Esta fase se subdividió a su vez en subfases.

SUBFASE 1 EDUCATIVA: Tuvo el objetivo de proporcionar información sobre las causas, consecuencias, los derechos y los valores humanos, características del maltrato así como las formas de solución. Esto en la 5a. o 6a. sesión aproximadamente, y se llevó a cabo por medio de una exposición en la que apoyadas con cartulinas las terapeutas explicaron a la mujer la definición de Maltrato Conyugal, los tipos de maltrato, el ciclo de violencia, así como las consecuencias (físicas, psicológicas, sociales) que el Maltrato Conyugal provoca, para que al finalizar la explicación se le cuestionara a la mujer a cerca de su situación personal y si lograba identificar o había experimentado en alguna ocasión lo expuesto, además de pedirle que comentara sus experiencias, sus dudas y comentarios sobre la explicación.

SUBFASE 2 MANEJO DE LAS PROBLEMÁTICAS QUE SE ENCONTRARON MAS AFECTADAS EN LA MUJER: Es importante mencionar que no en todos los casos se llevó el mismo orden de aplicación de las técnicas; el procedimiento fue adecuado a las necesidades de la persona y a los resultados de la evaluación aplicada inicialmente a cada una. El procedimiento fue elaborado en base a las técnicas cognitivas y de modificación de conducta, de acuerdo con las

problemáticas presentadas en el apartado 4.3 del capítulo 4 (encontradas a través de la revisión bibliográfica y del trabajo directo con este tipo de mujeres). De este modo, la aplicación de las técnicas se dividió en los siguientes objetivos y procedimientos generales.

MANEJO DE ANSIEDAD

OBJETIVO PARTICULAR 1: Disminuir el nivel de ansiedad de la mujer ante diversas situaciones para poder enfrentarlas de manera exitosa para sí misma.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.1: Redactar una lista de situaciones que ocasionaban miedo o ansiedad a la mujer dentro de su relación de pareja.

ANÁLISIS DE TAREAS: Al iniciar esta parte del procedimiento se le cuestionó a la mujer si dentro de su relación de pareja existían situaciones que le causaran temor o ansiedad. Si la persona respondía afirmativamente se le pidió que comentara cuáles eran los eventos que originaban dichos sentimientos, los cuales fueron comentados entre la mujer y las terapeutas, explicándole que era posible disminuir esos niveles de ansiedad por medio de la técnica de desensibilización sistemática, para que posteriormente la paciente pudiera enfrentar de manera más exitosa para sí misma las situaciones reales que le provocaban miedo o tensión. Y posteriormente se le pidió a la mujer que escribiera estos eventos en una lista que le entregaría a las terapeutas al finalizar la sesión.

MATERIAL: Hojas blancas, lápiz y goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.2: Ordenar la lista de situaciones que causaban tensión o miedo en jerarquía de menor a mayor nivel de ansiedad.

ANÁLISIS DE TAREAS: Al tener la lista de las situaciones provocadoras de ansiedad o miedo en la mujer (obtenida en la sesión anterior), las terapeutas le pidieron que escogiera de todas las que escribió 10 que más ansiedad le causaban o las que se presentaban más constantemente.

Una vez elegidas las 10 situaciones se le pidió a la paciente que las ordenara del 1 (anotando en ese número la que menos ansiedad o miedo le provocaba) al 10 (la que más ansiedad le causaba). Para que posteriormente se comentaran y se le explicara a la mujer la forma en que se

iba a proceder con esta lista; es decir, que por medio de la relajación e imaginación ella iba a experimentar y a poder controlar su nivel de tensión ante cada situación para que en un futuro pudiera enfrentarse a éstas.

MATERIAL: Hojas blancas, lápiz, goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.3: Escribir una lista de 10 eventos que provocaban a la paciente tranquilidad o le mantenían relajada.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le pidió a la persona que escribiera una lista de 10 cosas que le ayudaban a sentirse tranquila o relajada (para que las terapeutas pudieran auxiliarse de esto en caso de que la mujer comentara que tenía dificultades para relajarse).

Explicándole a la mujer que la causa de realizar esta lista era porque para algunas personas y en ocasiones al principio era un poco difícil de controlar los sentimientos de ansiedad, por lo tanto ésta era una lista de apoyo para utilizarla en caso de que el nivel de ansiedad fuera muy alto al imaginar las situaciones desagradables con el fin de aparearse con las situaciones que provocaban ansiedad y disminuir la tensión.

MATERIAL: Hojas blancas, lápiz, goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.4: Asociar a través de la imaginación y relajación las situaciones que provocaban a la mujer ansiedad con un sentimiento de relajación.

ANÁLISIS DE TAREAS: El siguiente paso consistió en relajar a la persona (poniendo música) pidiéndole que cerrara los ojos, se concentrara en su respiración y que aflojara su cuerpo.

Posteriormente se quitó la música (bajando el volumen) y se le pidió que imaginara la primer situación que le causaba ansiedad o temor (la núm. 1 de su jerarquía) y que experimentara sus sentimientos, dejándola un momento -aproximadamente 20 o 30 segundos- con esta situación; después de este tiempo se le indicó que tratara de relajarse lo más posible, y en los casos en que se observó que la mujer no lograba relajarse (notando esto por la postura del cuerpo, manos apretadas, mucho movimiento, entre otros), se le pidió que imaginara una de las situaciones que le eran relajantes (de las que había escrito en su lista) y que sintiera como iba cambiando de un estado de tensión a uno en donde pudiera relajarse.

Este procedimiento se llevó a cabo con cada una de las situaciones de la jerarquía de ansiedad, lo cual se trabajó durante algunas sesiones (aproximadamente 10), dependiendo de como la gente fue reportando verbalmente que su nivel de ansiedad disminuía.

MATERIAL: 1 grabadora, cassettes con música para relajar.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.5: Generalizar el procedimiento de manejo de ansiedad en la vida cotidiana, ante situaciones reales.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le explicó a la persona la manera en que podía comenzar a aplicar lo trabajado en el cubículo y llevarlo a su vida diaria o cuando se le presentara la situación real de ansiedad, asociándola con una relajación que no necesariamente tenía que ser con los ojos cerrados y música, como se había hecho, sino que lo importante era manejar su respiración y la tensión muscular para que esto le ayudara a encontrar una mejor solución a la situación que se le presentara, para que pudiera enfrentar lo que acontecía en su relación de pareja de una nueva manera (relajada o tranquila), lo cual le podía resultar benéfico.

TAREA EN CASA: La tarea en casa para la paciente en esta ocasión fue que practicara la relajación en momentos en que no se encontraba ocupada para que fuera adquiriendo la habilidad de la relajación, y principalmente que fuera utilizándola en las situaciones que creyera pertinentes o que le fuera accesible relajarse.

REGISTROS: Se le pidió a la mujer que fuera registrando las ocasiones en que utilizaba la relajación, ante que situación, como lo hacía, y como se sentía al utilizarla.

INASERTIVIDAD ✓

OBJETIVO PARTICULAR 2: Adquirir habilidades necesarias para expresar verbal y no verbalmente deseos, gustos y necesidades dentro de la relación de pareja.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.1: Diferenciar las respuestas y actitudes asertivas de las no asertivas, por medio de ejemplos usados comúnmente por la mayoría de la gente.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le explicó a la persona el concepto de asertividad, diciéndole que las actitudes asertivas consistían en expresar los gustos, disgustos u opiniones personales a través de una actitud y tono de voz que no resultara molesto para las otras personas, y se le dijo que en la mayoría de las ocasiones las personas somos inasertivas porque exigimos y pedimos las cosas de forma agresiva o simplemente nos quedamos callados.

Después se le dieron algunos ejemplos de como la mayoría de la gente se comporta de manera inasertiva.

TAREA EN CASA: Se le pidió a la paciente que basada en la explicación que se le dio de asertividad observara y escribiera sus propias actitudes asertivas o inasertivas.

REGISTROS: EL registro que se utilizó para esta tarea fue una hoja en la que se escribió: situación, que hago, que digo, que siento.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.2: Cuestionar a la persona sobre las situaciones en las que no podía expresar sus peticiones ante su pareja y como actuaba en esos casos.

ANÁLISIS DE TAREAS: Las terapeutas preguntaron a la mujer sobre cuales eran los casos en los que no sentía la posibilidad de expresar lo que sentía o pensaba a su pareja y se le pidió que comentara de que manera actuaba en dichas ocasiones, que hacía, que decía, que sentía (basándonos en los registros que se le habían dejado de tarea la sesión anterior), para comparar sus respuestas con las conductas asertivas, comentándole y preguntándole de que manera creía ella que podía cambiar su propia conducta haciéndole hincapié en como cambiaría la actitud o la situación si ella fuese asertiva.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.3: Mencionar las posibles respuestas asertivas para aplicarlas ante situaciones particulares.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le explicó a la mujer cuales eran las formas más comunes de las conductas asertivas, mencionándole la forma en que podía iniciar sus peticiones u opiniones de

manera asertiva, comenzando sus expresiones con las frases: "Me gustaría...", "Quiero...", "Necesito...", "deseo...", las cuales podían ser utilizadas acompañadas de sus deseos. También se le explicó que otra manera de utilizar la asertividad consiste en saber cuando salir de determinada situación, en el momento en que sintiese alguna sensación de malestar, diciendo a la persona (as) con quien estuviera que necesitaba salir de la situación o detener la plática para poderla retomar cuando se sintiera más tranquila o relajada.

Además se comentaron algunas situaciones donde la mujer había respondido de una manera no asertiva y se cambiaron las respuestas de una manera asertiva destacando la diferencia que existía entre los dos tipos de respuestas.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.4: Simular verbal y no verbalmente de manera asertiva situaciones de la relación de pareja

ANÁLISIS DE TAREAS: Se simuló una situación de la relación de pareja que la mujer se había observado como inasertiva, pidiéndole que actuara la situación de la manera más real y más asertiva posible, apoyada por las terapeutas, quienes simularon ser las personas con las que la paciente había vivido la situación a ejemplificar, pidiéndole que observara su conducta y lo que decía en ese caso. Al finalizar el ejercicio de simulación, se comentó a la paciente como se le había observado. Las terapeutas reforzaron la importancia de la actitud asertiva, y cuestionaron a la paciente sobre los cambios que había observado al ser asertiva a diferencia de ser inasertiva, remarcando la importancia de utilizar la asertividad en situaciones específicas de su relación de pareja.

TAREA EN CASA: Reproducir el mayor número de veces posible la actitud asertiva.

REGISTROS: Escribir las situaciones ante las que había sido asertiva.

OBJETIVO ESPECIFICO 2.5: Llevar a cabo habilidades asertivas a la vida cotidiana.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se checó la tarea dejada la sesión anterior, pidiendo a la mujer que comenzara a practicar sus habilidades asertivas aprendidas en la terapia el mayor número de veces posible, aplicándolas ante situaciones reales de su vida diaria en pareja en las que

anteriormente le resultaba difícil expresarse, y de resultarle difícil, se le comentó que lo intentara por pasos (aproximaciones sucesivas), hasta lograr ser lo más asertiva posible.

MANEJO DE IDEAS

OBJETIVO PARTICULAR 3: Adquirir las habilidades necesarias para transformar y manejar ideas irracionales.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.1: Informar a la persona sobre las ideas racionales e irracionales, la diferencia que existe entre estas así como las alternativas para manejarlas.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se explicó a la persona en que consistía el manejo de ideas así como la forma en que podía aplicarse. Esto se llevó a cabo por medio de la explicación de lo que son las ideas racionales e irracionales, así como por la ejemplificación de ambos tipos de ideas y de como se presentan en la mayoría de las personas explicando el modelo ABCDE de la Terapia Racional Emotiva.

TAREA EN CASA: Se le pidió a la persona que observara e identificara las ideas irracionales de sí misma y de los demás, y que anotara en una hoja las ideas racionales y en otra las irracionales que fuera detectando.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.2: Mencionar y escribir las propias ideas irracionales.

ANÁLISIS DE TAREAS: En base a la tarea de la sesión anterior se trabajó la diferencia entre ideas racionales e irracionales pidiéndole a la mujer que leyera lo que había escrito para que se fuera comentando, especificando y reafirmando la diferencia entre éstas, reforzándole la importancia de transformar las ideas irracionales.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.3: Comentar ejemplos de ideas irracionales que se asemejaban a la situación personal de pareja, o ideas irracionales que suelen tener las mujeres maltratadas.

ANÁLISIS DE TAREAS: Al tener por escrito las ideas irracionales de la mujer, las terapeutas comentaron algunos casos de ideas irracionales en las que las situaciones eran de Maltrato

Conyugal pero que no tenían que ver en particular con ella y se le pidió que comentara si estas situaciones se asemejaban o no con lo que a ella le sucedía para que comentara los ejemplos citados y los cambiara a ideas racionales basándose en el modelo ABCDE de la Terapia Racional Emotiva.

TAREA EN CASA: Escribir en una hoja las ideas irracionales propias referentes a su relación de pareja.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.4: Ejemplificar verbalmente a la mujer las propias ideas irracionales y el manejo del modelo ABCDE de la Terapia Racional Emotiva (TRE).

ANÁLISIS DE TAREAS: En esta parte del tratamiento se habló a la mujer de las propias ideas irracionales (las que había escrito como tarea de la sesión anterior) y se le explicó como podía utilizar el modelo ABCDE de la TRE, teniendo como A los antecedentes de los eventos, B los pensamientos o las cogniciones durante la situación, C las consecuencias, D refutación de creencias y E ideas racionales, para que a partir de esto pudiera detectar y transformar sus propias ideas a racionales, notando la diferencia en las consecuencias que se presentaban cuando cambiaban.

TAREA EN CASA: Escribir en un registro las ideas irracionales, cada cuando se presentaban, ante que situaciones y la manera en que la persona las transformaba a racional.

REGISTROS: Se hizo un registro en el que se señalaban diferentes apartados: Idea irracional, situación ante la que se presenta, día en que se presenta, como se puede transformar a racional, y se le pidió a la paciente que lo llenara de acuerdo a su situación personal y basada en lo que se había visto en la terapia.

OBJETIVO ESPECIFICO 3.5: Comentar la manera en que podía aplicar lo aprendido a su vida cotidiana así como los beneficios que esto le podía provocar.

ANÁLISIS DE TAREAS: Las terapeutas comentaron a la mujer que así como en los ejercicios anteriormente hechos realizó un cambio de ideas, lo mismo podía llevar a cabo en su vida diaria y en casos reales, diciéndole además que el pensar de manera racional podía facilitarle el logro de

9 Sesión

Identificar

de su autoconcepto

Avance Identificar las situaciones y pensamientos acerca de su autoconcepto y describa alternativas de pensamiento positivo y conductas a un pensamiento

sus metas y proporcionarle bienestar personal así como un enfrentamiento más funcional ante las situaciones irracionales que se presentaran dentro de su relación de pareja.

AUTOAFIRMACIONES NEGATIVAS

OBJETIVO PARTICULAR 4: Adquirir habilidades para conocer más de si misma, valorarse y aceptarse, por medio del cambio en las ideas sobre si misma.

OBJETIVO ESPECIFICO 4.1: Escribir y mencionar las cosas que agradaban y desagradaban de si misma.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se explicó a la mujer lo que se refería a la autoestima. Al finalizar la explicación le entregó una hoja y le pidió que anotara de un lado las cosas que le agradaban de si misma y en el otro lado las cosas que le desagradaban. Una vez hecho esto, le pidió que leyera lo que había escrito y que comentara lo que sentía y pensaba al hacer este ejercicio, dejándole de tarea que escribiera más cosas que le agradaban de si misma para que se comentaran la próxima sesión.

TAREA EN CASA: Escribir más características positivas de si misma.

MATERIAL: Hojas blancas, lápiz, goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 4.2: Comentar la tarea pendiente de la sesión anterior así como las conductas, ideas o pensamientos experimentados al realizarla.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se preguntó a la persona lo que anotó en su tarea, así como lo que había sentido y pensado cuando realizó el ejercicio y cuando la paciente terminó de comentar esto se le retroalimentó sobre lo que comentó y se recordó la importancia de aprender a encontrar cosas positivas en uno mismo para sentirse mejor, lo cual en ocasiones nos lleva a actuar de manera más benéfica para uno mismo.

conducir a un pensamiento

que

car.

hipotesis

ideas, expresiones

Asusena

Identificara las situaciones

acerca de

hacia

su autoconcepto y desarrollo

Podra sus emociones, sus ideas

105

OBJETIVO ESPECIFICO 4.3: Mencionar y escribir los diferentes roles que la mujer desempeña, así como la manera en que se comporta y piensa en cada uno.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le entregó a la mujer una hoja que tenía escrita en la parte superior la pregunta ¿quien soy? y con los diferentes roles que puede desempeñar (mujer, profesionista, madre, hija, amiga, trabajadora, adaptándose a cada caso particular). Una vez entregada la hoja, se le dieron las instrucciones de que en cada uno de los roles escritos, se hiciera las preguntas: ¿que pienso?, ¿que quiero?, ¿que hago?, ¿que siento?, para poder escribir lo que se le pedía en la hoja.

Una vez que finalizó de contestar su hoja se le pidió que leyera y comentara lo que había escrito, terminando la sesión con una retroalimentación de lo importante que era cuestionarse a sí misma para conocerse mejor.

MATERIAL: Una hoja con la pregunta ¿quien soy? escrita en la parte superior, lápiz, goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 4.4: Escribir y comentar las situaciones y personas importantes para la paciente, sus metas y sus logros obtenidos.

ANÁLISIS DE TAREAS: Esto se llevó a cabo por medio de una técnica en la que se dio a la persona una hoja blanca para que dibujara un árbol, se le pidió que en las raíces anotara su fecha de nacimiento, el nombre de los miembros de su familia (padres, hermanos, hermanas) y el nombre de las personas que eran importantes para ella. En el tronco se le pidió que escribiera 5 virtudes propias. En las ramas se le dijo que anotara cuáles eran sus metas o lo que deseaba realizar en el futuro. Finalmente, en los frutos se le pidió que escribiera las cosas que hasta ese momento había logrado.

Después de esto se le hicieron preguntas para que comentara lo que había escrito en su árbol, enfatizando en este ejercicio la importancia de conocer su origen, sus logros y sus metas para valorarse y darse cuenta de los logros que ha tenido en su vida.

MATERIAL: Hojas blancas, goma, lápiz.

TAREA EN CASA: Se le dejó a la paciente que en casa reflexionara sobre sus logros, sus metas y las cosas importante para ella, y que pensara las alternativas para lograr los proyectos escritos en el ejercicio.

TENSIÓN FÍSICA

OBJETIVO PARTICULAR 5: Aprender a manejar y disminuir la tensión muscular.

OBJETIVO ESPECIFICO 5.1: Conocer y manejar el termino relajación.

ANÁLISIS DE TAREAS: La presentación de la relajación comprendió los siguientes puntos:

-Finalidad para la que se enseñó: En este punto se le dijo a la mujer lo importante que es mantenerse relajado, ya que la tensión que guarda es la respuesta que su cuerpo da a una serie de situaciones que exigen que esa tensión sea manejada, de manera que la tensión pueda adaptarse de manera benéfica transformándola en un sentimiento que le ayude a hacer frente a las situaciones conflictivas.

-Relación con el problema de la persona: En este punto se ejemplificaron los tipos de situaciones de tensión a los que se enfrenta cada persona.

-En que consiste la relajación: En este punto se le habló en términos generales sobre la relajación pasiva, es importante mencionar que se eligió este tipo de relajación principalmente porque ayuda inicialmente a las personas que les cuesta trabajo relajarse en casa. El procedimiento consiste en no tensar sino relajar grupos musculares, se trabaja con todo el cuerpo desde la primer sesión de la relajación, y los ejercicios duran de 20 a 30 minutos.

-Práctica en casa: Finalmente se le habló a la mujer de la importancia de practicar en casa la relajación, para poder aplicarla posteriormente a situaciones reales, explicándole las condiciones que debía tener para llevarla a cabo (un lugar cómodo, tranquilo, sin interrupciones).

OBJETIVO ESPECIFICO 5.2: Aprender a manejar la relajación con guía.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le pidió a la persona que se sentara lo más cómoda posible, que aflojara la ropa apretada que trajera puesta, se puso música adecuada y se le pidió que cerrara los

ojos comenzando a hacer respiraciones profundas. Posteriormente se le dieron las siguientes instrucciones:

"Estas confortablemente reclinada con los ojos cerrados, todas las partes de tu cuerpo están cómodamente apoyadas en el sillón de forma que no hay ninguna necesidad de tensar tus músculos. Déjate llevar lo más que puedas por la sensación de estar relajada (pausa).

Ahora pon la atención en tu mano derecha y deja que desaparezca de ella cualquier tensión... concéntrate en los músculos de tu mano derecha ... puedes verlos... ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se relajen cada vez más... déjate llevar por el sentimiento de relajación... continua concentrándote en ese sentimiento y deja que tus músculos estén cada vez más y más relajados, más sueltos... cuando tus músculos están relajados están muy sueltos, déjalos que se suelten más y más (pausa).

Ahora imagina tu brazo derecho ... a medida que integras tu atención en este, se va sintiendo mas y más suelto, más relajado, te sientes tranquila y te dejas llevar cada vez más y más. Si notas que te distraes, vuelve a pensar en tu brazo relajado, déjate llevar cada vez más y más por el sentimiento de relajación (pausa).

Mientras continuas con tu brazo, antebrazo y mano derechos relajados, concéntrate ahora en la mano izquierda...

De esta forma se avanzó relajando todo el cuerpo, y cada vez que se terminó de relajar una parte, se mencionaban las anteriores ya relajadas de la siguiente manera:

...La relajación se extiende ahora por tus brazos... tu cara... tu cuerpo y baja hacia tus hombros. Pon atención ahora esa parte de tu cuerpo, y nota como los músculos se van sintiendo cada vez más relajados.

Déjate sentir muy relajada, siente tu pecho... tu estomago, tus gluteos... tus caderas... tu espalda... tus piernas... tus pies...deja que tu respiración lleve su propio ritmo, tranquilo, respira profundamente, dejándote llevar por el sentimiento de relajación, ahora todas las partes de tu cuerpo están relajadas, tu te sientes tranquila.

Para finalizar la relajación se le pidió a la persona que se concentrara en su respiración, y que hiciera tres respiraciones profundas, para que posteriormente abriera los ojos.

Este ejercicio se realizó en varias sesiones, dependiendo del caso de cada paciente y de su nivel de tensión que reportaba verbalmente.

MATERIAL: Grabadora, cassettes con música para relajar.

TAREA EN CASA: Se le pidió a la paciente que practicara esto en su casa en las ocasiones en que se sintiera muy tensa y que registrara el cambio en su nivel de tensión.

REGISTROS: Se le dio a la persona una hoja en la que se anotaron los días de la semana, la situación que causaba tensión, así como una escala del 1 (nada tensa) al 10 (demasiado tensa) para que escribiera los cambios en su nivel de tensión.

OBJETIVO ESPECIFICO 5.3: Aplicar la relajación de forma cotidiana.

ANÁLISIS DE TAREAS: Al haber practicado varias veces la relajación, se le pidió a la mujer que comenzara a hacerlo ella misma dentro de cubículo y como tarea diaria en su casa.

Posteriormente se dejó de aplicar la relajación en el cubículo y se fue pidiendo a la persona que la practicara cada vez más en su casa las ocasiones que sintiera algún tipo de tensión.

MODELAMIENTO

OBJETIVO PARTICULAR 6: Manifestar situaciones que causaran tensión, miedo y ansiedad representando diversos roles.

OBJETIVO ESPECIFICO 6.1: Conocer y manejar el término juego de roles.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le platicó a la mujer que el juego de roles se utiliza para que por medio de representaciones, las personas manifestaran aquellas situaciones que les causaban miedo, tensión y ansiedad y que no se atrevían o no sabían la manera de expresarlas, por lo que al crear una situación actuada y representando diversos papeles las personas se dieran cuenta e identificaran lo que ocurría en su vida personal, tomando el papel del otro.

Además de que el juego de roles permitía a las personas comprender lo que el otro estaba realizando al ponerse en el papel de aquel, y entendiendo un poco más su actitud por medio de ejercicios de juego de roles, observando pues la situación vivida desde otra perspectiva.

OBJETIVO ESPECIFICO 6.2: Evaluar y representar situaciones de la vida cotidiana.

ANÁLISIS DE TAREAS: Las terapeutas le preguntaron a la mujer cuales eran las situaciones que le causaban incomodidad o ansiedad en su relación de pareja para que a través del juego de roles representaran lo más realmente posible tanto actitudes propias como de la pareja, pidiéndole posteriormente a la paciente que comentara sus posibles alternativas de solución.

TAREA EN CASA: Se le pidió a la paciente que observara atentamente sus conductas propias y de la pareja y que registrara lo que sucedía en las situaciones observadas.

REGISTROS: Se le dio un registro en el que se anotaron diferentes apartados: situación, que hago yo, que hace él.

OBJETIVO ESPECIFICO 6.3: Representar una situación específica de la relación de pareja.

ANÁLISIS DE TAREAS: Las terapeutas pidieron a la mujer que eligiera una situación de su relación de pareja que le causaba conflicto (de las que escribió en su tarea) para que la representara como si estuviese realmente ante su pareja (el cual fue representado por una de las terapeutas), para que posteriormente se hiciera una retroalimentación de la actitud y conducta verbal y no verbal de la mujer, y se buscaran alternativas para que le ayudaran a la mujer a cambiar la situación.

OBJETIVO ESPECIFICO 6.4: Representar una situación específica que molestará de la relación de pareja representando el papel del cónyuge.

ANÁLISIS DE TAREAS: Las terapeutas pidieron a la mujer que comentara alguna situación específica de su relación de pareja que le causaba conflicto para que a la hora de representarla actuara como si fuera su cónyuge, mientras que una de las terapeutas actuaba como si fuera la mujer. Al terminar la representación se comentó lo que se había observado de la conducta verbal y no verbal de cada miembro de la pareja y se le preguntó a la mujer que había experimentado al estar en el lugar de su esposo. Esto con el fin de que la mujer experimentara lo que podría sentir su pareja ante dicha situación, así como para que observara la situación desde otro punto de vista diferente al suyo (en este caso de la pareja) para que pudiera tener otro panorama de la situación.

OBJETIVO ESPECIFICO 6.5: Generalizar lo visto en el juego de roles a la vida cotidiana.

ANÁLISIS DE TAREAS: Ya que habían hecho ensayos sobre las situaciones conflictivas de la relación de pareja, se le pidió a la mujer que llevara a cabo lo practicado en el cubiculo, es decir, que cuando tuviera una situación conflictiva tratara de manejar las diferentes alternativas encontradas en la terapia y que comprendiera la situación desde otro punto de vista que podría ayudarle a conocer más el porque de la actitud de su cónyuge, lo cual le podía ayudar a enfrentar de manera más exitosa para ella misma dichas situaciones.

TAREA EN CASA: Aplicar lo visto en el cubiculo en situaciones reales.

FALTA DE TOMA DE DECISIONES

OBJETIVO PARTICULAR 7: Conocer las alternativas para poder llegar a tomar decisiones de manera adecuada para si misma.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.1: Conocer el término de solución de problemas.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se le explicó a la mujer que el objetivo del término de solución de problemas era proporcionar a las personas alternativas para que pudiera llegar a la solución que mejor se adaptara a sus necesidades, en base a los siguientes pasos:

- 1) Orientación hacia el problema: Fue el describir las diferentes reacciones (cognitivo-afectivo-conductual inmediatas) de una persona cuando se enfrentaba por primera vez a una situación problemática.
- 2) Definición y formulación del problema: Fue el hacer toda una revaloración de la situación para lograr el bienestar y el cambio a través de la clarificación y comprensión de la naturaleza específica del problema.
- 3) Generación de alternativas: Se explicó que en esta parte se trataba de hacer disponibles tantas soluciones como fueran posibles, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de encontrar la mejor solución.
- 4) Toma de decisiones: Consistió en explicarle a la mujer que se tenían que evaluar y comparar las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es) para que se llevaran a cabo en el problema real.

5) Puesta en práctica de la solución y verificación: Se comentó que consistía en revisar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

Esto se hizo con el fin de que la mujer se familiarizara con el término solución de problemas, y para que conociera el proceso que se lleva a cabo para la aplicación de este.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.2: Identificar y escribir las situaciones estresantes que constituían una reacción emocional negativa en la persona.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se pidió a la mujer que comentara y enlistara la serie de situaciones conflictivas a las que se enfrentaba y se pidió que las categorizaran en base a la importancia de solución que para ella tenía.

MATERIAL: Hojas blancas, lápiz, goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.3: Cuestionar a la mujer sobre un problema que estaba viviendo (uno de los que anotó en su lista) para que fuera teniendo un panorama más amplio y encontrando alternativas reales.

Se hicieron a la mujer preguntas como:

- ¿Quién está implicado en el problema?
- ¿Quién es el responsable de este problema?
- ¿Qué estoy sintiendo sobre este problema?
- ¿Qué está sucediendo que hace que me sienta de tal forma?
- ¿Qué estoy pensando en respuesta a este problema?
- ¿Qué sucederá si no soluciono este problema?
- ¿Dónde ocurre el problema?
- ¿Cuándo comenzó este problema?
- ¿Cuándo solucionaré este problema?
- ¿Por qué ocurrió este problema?

Al finalizar esto se le pidió a la mujer que comentara cada una de sus respuestas con el fin de que la pudiera ir comprendiendo mejor el problema que estaba viviendo, para que fuera

estableciendo objetivos reales para dar una solución alcanzable para sí misma, finalizando la sesión con una retroalimentación de lo que la paciente comentó.

MATERIAL: Una hoja con las preguntas anteriormente escritas.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.4: Aumentar la eficacia de los intentos de solución para enfrentar situaciones problemáticas.

ANÁLISIS DE TAREAS: Las terapeutas pidieron a la mujer que escribiera la mayor cantidad de alternativas de solución para cada situación que había anotado anteriormente en su lista (es importante señalar que se trabajó una por una cada situación, o las que más conflicto causaban a la mujer, de acuerdo a cada caso), al tener ya su enlistado de soluciones, se escribieron las ventajas y desventajas de cada alternativa a corto, mediano y largo plazo, para que posteriormente se hiciera una evaluación en base a su bienestar emocional, y al tiempo que se iba a llevar cada alternativa.

MATERIAL: Hojas blancas, lápiz, goma.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.5: Escoger una alternativa para una situación específica.

ANÁLISIS DE TAREAS: Después de haber llevado a cabo durante varias sesiones la creación de alternativas en los conflictos o problemas de la mujer, se le pidió que eligiera una alternativa de acuerdo a las ventajas y desventajas que tenía en cada caso, y de acuerdo a lo que había analizado en cada alternativa para que la aplicara.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.6: Aplicar la alternativa escogida para solucionar un problema y decidir si funcionaba o no.

ANÁLISIS DE TAREAS: Después de que la mujer tomó una decisión, se dejó pasar algún tiempo (mientras se trabajaba otra cosa dentro de la terapia), para que posteriormente se le cuestionara sobre el cómo le había funcionado la alternativa que tomó, para que ella misma comentara si deseaba cambiar de opción o seguir con la misma decisión.

TAREA EN CASA: Registrar los cambios que iba observando en sí misma, y en las demás personas que se encontraban involucradas en la decisión a tomar.

REGISTROS: Se le entregó a la paciente una hoja en la que se señalaron los apartados: Situación antes, cambios míos, cambios de las otras personas, situación después; y se le pidió que lo fuera llenando conforme observaba alguna modificación en la situación.

OBJETIVO ESPECIFICO 7.7: Llevar a cabo y practicar la solución de problemas en la vida cotidiana.

ANÁLISIS DE TAREAS: Se realizó un tipo de resumen de la técnica de solución de problemas y se le comentó a la mujer la importancia de tomar decisiones ante los problemas que se enfrentan no solo con la pareja sino en la vida diaria, diciéndole que lo aprendido en el cubículo podía también aplicarlo en su vida cotidiana, lo cual podía resultarle benéfico para solucionar algunas situaciones conflictivas.

FASE C: POST-EVALUACION

Se aplicaron nuevamente los inventarios a las mujeres que finalizaron el tratamiento para comprobar si se cumplieron las metas de la paciente, tomando en cuenta las verbalizaciones y los registros de las mujeres, se observó también si se cumplieron las metas de la terapia; lo cual se dio por terminada cuando: 1) las metas de la paciente fueron cubiertas en base al maltrato y/o 2) al cumplir las metas terapéuticas establecidas al inicio del tratamiento. Esto se realizó con el fin de prevenir nuevas situaciones de Maltrato Conyugal. Cabe señalar que si las mujeres necesitaron apoyo legal durante la terapia, fueron canalizadas al área legal de CAM a la vez que continuaban asistiendo al tratamiento.

FASE D: SEGUIMIENTO

En esta fase se citó a la persona después de seis meses para saber si se mantuvo lo establecido durante la terapia o si se presentaron nuevas situaciones de maltrato.

CAPITULO 6

RESULTADOS

Una vez aplicados los inventarios, las entrevistas tanto en el pretest como en el postest, se pudieron observar los resultados que presentamos a continuación. Estos resultados son presentados a través de cuadros, gráficas, así como por la descripción de cada uno de los casos trabajados.

6.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS

6.1.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

Primeramente presentamos los datos demográficos obtenidos, en este trabajo, los cuales fueron los siguientes:

1. EDAD

RANGOS	NUMERO	PORCENTAJE
25-30	6	60%
31-35	3	30%
36-40	1	10%

Este cuadro indica que el grupo de mujeres intervenidas estuvieron entre los 25 y 40 años de edad.

2. ESTADO CIVIL

OPCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Casada	7	70%
Unión libre	3	30%

Este cuadro muestra el estado civil de la mujer y el porcentaje de mujeres casadas y en unión libre.

3. OCUPACIÓN DE LA MUJER

OPCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Ama de casa	9	90%
Empleada	1	10%
Estudiante	1	10%

El cuadro tres muestra las opciones y el porcentaje de la ocupación de las mujeres entrevistadas. Cabe señalar que en esta tabla se rebasa el 100% debido a que encontramos que una de las mujeres además de dedicarse al hogar estudiaba cultura de belleza.

4. RELIGIÓN

OPCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Católica	9	90%
Otras	1	10%

Este cuadro expone los tipos de religión que las mujeres tenían y cuantas de ellas pertenecían a cada religión.

5. ESCOLARIDAD DE LA MUJER

OPCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Primaria	1	10%
Secundaria	3	30%
Bachillerato	4	40%

Profesionista	1	10%
Otros	1	10%

En este cuadro se observan los niveles de escolaridad y el porcentaje de mujeres que pertenecen a cada nivel escolar mencionado.

6. NUMERO DE HIJOS

OPCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
1-3	10	100%

En este cuadro se numeraron los hijos que vivían con la pareja, los cuales eran de ambos en todos los casos.

7. TIEMPO DE LA UNIÓN O MATRIMONIO

TIEMPO	NUMERO	PORCENTAJE
1-5 años	2	20%
6-10 años	4	40%
11-15 años	4	40%

El cuadro 7 muestra el tiempo de relación de pareja que las mujeres habían vivido.

8. INGRESO ECONÓMICO

CANTIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
N\$ 100-500	4	40%

N\$ 600-1000	3	30%
N\$ 1100-1500	3	30%

Se puede observar en este cuadro el ingreso económico mensual así como el porcentaje de mujeres que recibían cada cantidad de dinero.

9. QUIEN CONTRIBUYE AL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR

OPCIONES	NUMERO	PORCENTAJE
Pareja	9	90%
Ella y su pareja	1	10%

El último cuadro presenta los datos de las persona(as) que aportaban el ingreso económico al hogar.

6.1.2 DATOS FISIOLÓGICOS

SINTOMAS	CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS							
	RESPUESTAS							
	NO		SI/leve		SI/moderado		SI/grave	
A	B	A	B	A	B	A	B	
Dolores de cabeza	2	2	4	4	3	0	1	0
Taquicardias	7	6	3	0	0	0	0	0
Dolor de estómago	6	6	4	0	0	0	0	0
Dolor abdominal	8	6	2	0	0	0	0	0
Disminución del interés sexual	3	3	0	1	4	2	3	0
Presión alta/baja	6	5	2	1	2	0	0	0
Alergias	10	6	0	0	0	0	0	0
Tics	8	6	2	0	0	0	0	0
Pérdida de peso	4	6	5	0	0	0	1	0
Trastornos intestinales	7	5	2	1	0	0	1	0
Menstruación dolorosa	6	2	1	3	2	1	1	0
Mareos	5	5	4	1	1	0	0	0
Infecciones genitourinarias	8	6	2	0	0	0	0	0
Dolor aparato genital	6	6	3	0	1	0	0	0
Artritis	10	6	0	0	0	0	0	0
Disminución de energía	2	3	6	3	2	0	0	0

El cuadro 10 muestra las reacciones fisiológicas negativas tanto en el pretest como en el postest de lo que respecta al último apartado del inventario de respuestas fisiológicas de la mujer ante el maltrato conyugal. El número de personas está repartido entre los rubros: No, Si/leve, si/moderado, Si/grave. (Con un total de 10 mujeres en el pretest y 6 en el postest).

6.2 DESCRIPCIÓN DE CASOS POR MUJER

MUJER 1

La paciente de 35 años de edad, tenía 11 años de casada, se dedicaba al hogar, tenía dos hijos, una niña de 11 años y un niño de 8 años. El esposo tenía 33 años y era obrero.

La paciente llegó al CAM solicitando ayuda del área legal, ya que el esposo la había abandonado desde hacía tres meses y no le proporcionaban ningún dinero, por lo que el área de legal la canalizó al DIF para que recibiera apoyo en el trámite de una pensión alimenticia, al mismo tiempo que se le invitó a asistir a terapia psicológica ya que durante la entrevista inicial ella comentaba tener miedo de que el marido volviera a regresar a la casa ya que el día que la abandonó intentó golpearla y la amenazó de muerte.

El abandono del esposo produjo y aumentó en la paciente un sentimiento de frustración, tristeza, miedo, culpabilidad porque la gente le decía que no supo atender a su esposo o que le dio mucha libertad.

Por lo anterior decidimos que sería una de las mujeres que conformara el grupo de investigación.

Ya en la entrevista la paciente comentó que conoció a su pareja en una fiesta de unos familiares de él, en ésta comenzaron a platicar, se agradaron y decidieron salir juntos hasta que se hicieron novios. Su noviazgo duró 8 meses, y después de este tiempo ella quedó embarazada por lo que decidieron casarse. Desde el principio del matrimonio él empezó a exigirle que tuviera un hijo varón; el cónyuge comenzaba a beber demasiado, la celaba bastante y no la dejaba que se arreglara físicamente, comenzando además a serle infiel constantemente (principalmente durante sus dos embarazos).

En una ocasión tuvieron que cambiar de domicilio porque los dueños y los otros inquilinos se quejaban constantemente de los escándalos y borracheras de la pareja.

La situación de las borracheras de la pareja ella la sobrellevaba pero después de dos años y medio de casados él comenzó a golpearla; la escena de golpes comenzaba porque el esposo llegaba alcoholizado a casa y comenzaba a platicarle de otras mujeres, esto hacía que ella se molestara por lo que lo ignoraba, lo cual molestaba al marido, iniciándose así una discusión hasta llegar a golpearla; ella cree que estos episodios de maltrato se daban por el alcoholismo del cónyuge, ya que en su estado de sobriedad el esposo era muy indiferente con ella y sus hijos. Al presentarse las situaciones de maltrato la paciente solo se preguntaba "¿por qué lo hacía?", "en

realidad no me quiere". Cabe señalar que el cónyuge también agredía físicamente a los hijos, aunque con menos frecuencia; en ocasiones los propios familiares de él llegaron a intervenir para que no la golpeará diciéndole que pensara en los hijos, sin embargo después de cada episodio de violencia o alguna discusión el marido le dejaba de hablar por algunos días.

En cuanto a lo sexual, la paciente dejó de tener relaciones con su pareja debido a que la última vez la contagio de una enfermedad venérea.

En muy pocas ocasiones realizaban actividades como pareja y si llegaban a realizarlas se enfocaban a visitar a los familiares. Sus pláticas eran muy esporádicas ya que casi siempre terminaban peleando o discutiendo; esto influyó para que no compartieran amistades como pareja. Sus relaciones con familiares tanto de la paciente como del esposo eran buenas, y ella mantenía amistades personales (vecinos principalmente) con buena relación. y no le costaba trabajo relacionarse con las personas.

Toda esta situación de abandono y maltrato afectó el gasto familiar, por lo que la paciente se mantenía de lavar y planchar ropa ajena.

Esta situación trajo como consecuencia que la paciente pensara y sintiera que su pareja no la quería, que la trataba como sirvienta, que la utilizaba, que él tenía otra mujer, que sintiera coraje, odio, miedo, esto le provocó muchas ganas de llorar constantemente; en cuanto a sus hábitos conductuales ella se desatendió en su arreglo personal, tenía insomnio y constantemente sufría de dolores de cabeza.

Lo que ella intentó para solucionar su situación fue dejar las cosas como estaban, mientras que estaba dispuesta a recuperar la seguridad en sí misma y a tomar una buena decisión en cuanto a sus relaciones de pareja.

Por otra parte, en el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1, 2, 3 ver anexos), inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal e inventario de conductas negativas del cónyuge la paciente contestó afirmativamente a todas las preguntas. Finalmente, en la evaluación del nivel de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos) los principales malestares que la paciente tuvo más frecuentemente eran dolor de cabeza, insomnio y dolores musculares.

Posteriormente se inició el trabajo terapéutico con la fase educativa, donde la paciente reconoció haber estado viviendo situaciones de maltrato, mencionó que en la última ocasión ella había experimentado maltrato emocional y que esto le había dado miedo pero que deseaba superar su situación.

Después se procedió a trabajar la parte de autoafirmaciones negativas, ya que la paciente argumentaba mucho que no podía salir adelante sola con sus hijos y que como mujer no valía la pena, así que todavía tenía la esperanza de que él volviera y conformarse con el hombre que le tocó.

Cuando se le pidió que escribiera lo que le agradaba y desagradaba de ella mencionó que le desagradaba ser regañona con sus hijos, poco sociable, miedosa, no saber decidir lo que quería, estar gorda; y al preguntarle lo que le agradaba dijo no haber escrito nada, pues no sabía que poner, por lo tanto se le dejó de tarea que trajera una lista de cosas que le gustaran de sí misma. Al revisar la tarea mencionó que le costó mucho trabajo pero que escribió que le gustaba ser limpia en su persona, con sus hijos y en su casa, ahorrativa, responsable, en ese momento se le pidió que mencionara por lo menos otras dos cosas que le gustaran de ella y aunque tardó un poco, mencionó ser trabajadora y no ser hipócrita, al pedirle que mencionara algo de su físico, dijo que le gustaba su pelo, sus ojos y sus manos, aunque volvió a mencionar que no le gustaba su cuerpo porque estaba gorda, sin embargo dijo que quizá haciendo ejercicio mejoraba su apariencias. Fue entonces cuando las terapeutas le recordaron la importancia de tener una actitud positiva para consigo misma y se le preguntó como se había sentido al mencionar sus aspectos positivos a lo que respondió que bien, y que se sentía a gusto porque antes no se había dado cuenta de eso, y se le comentó que si ella ponía más atención a esas cualidades y buscaba otras, asumiría una mejor actitud que le permitiera actuar de manera más benéfica para ella y sus hijos. Al realizar el ejercicio ¿quién soy? lo que escribió fue que como mujer comenzaba a arreglarse más, pensaba buscar trabajo, organizar más su tiempo para ella y sus hijos, procurar un futuro donde pudiera sentirse amada, querida y respetada por la gente que la rodeaba; escribió también que era respetuosa y que no le gustaba meterse en problemas, que era sensible y que deseaba salir adelante con o sin su esposo; como madre anotó que quería darle buena educación a sus hijos, procurar que no cayeran en vicios y enseñarles a compartir, además mencionó que con la separación de su esposo, la relación entre ella y sus hijos mejoró, y que ella estaba mejorando día a día como madre. En el rol de esposa todavía dudaba en darle otra oportunidad a su pareja, sin embargo mencionó que de dar esa oportunidad, sería bajo ciertas condiciones, y en caso de que él no volviese ella consideraba que podía salir adelante sola. Con este ejercicio ella se dio cuenta que tenía muchas cosas que valorar pero primordialmente que podía salir adelante con sus hijos y que se estaba conociendo más lo cual le hacía sentir bien. En el ejercicio del árbol la persona contestó más rápido; en sus raíces escribió que las personas importantes para ella eran sus hijos, sus padres y hermanos; en el tronco escribió más de cinco cualidades: responsable, limpia,

trabajadora, no meterse en problemas, tratar de salir adelante, procurar buena educación para los hijos, ahorrarativa, ser más organizada que antes, intentar convivir con la gente. En las ramas escribió sacar adelante su situación y superarla, terminar de construir su casa, darles una carrera a sus hijos, poner un negocio, atender más el cuidado de su cuerpo y cara. Finalmente, en los frutos escribió y menciono que quería "mantenerse de pie", haber pagado sus deudas, haber obtenido las escrituras de su casa, ser amiga de sus hijos y haber hecho algo por si misma. Al preguntarle como se sintió al leer lo que escribió comentó que se sentia más segura de ella y que esto le permitia sobrellevar la situación con su esposo, pero que principalmente se dio cuenta que con su esposo o sin él podía salir adelante. La paciente argumentó que lo primero que quería hacer era buscar trabajo (y que lo estaba haciendo), que quería brindarle más comodidades a sus hijos.

Al terminar esta técnica continuamos con manejo de ansiedad, ya que la paciente todavia tenia un poco de miedo a la hora de enfrentarse con el esposo, debido a que tenia que ir a la compañía o empresa donde él trabajaba a recoger la pensión alimenticia, y en las ocasiones en que fuera a ver a los hijos.

Al pedirle que hiciera la lista de situaciones que le provocaban miedo o ansiedad y que las ordenara del 1 al 10 escribió lo siguiente: saber que su esposo iba a llegar por los niños para salir con ellos, que llegara el día en que tenia que cobrar la pensión y pensar que quizá se podía encontrar a la pareja, saber que el cónyuge andaba por el rumbo de la colonia, que se acercara a la casa durante su ausencia, saber que ya iba a llegar la hora en que él se presentaría, verlo entrar a la casa, que se acercara a los hijos, que anduviera por la casa viendo que cosas habian cambiado de lugar, que se acercara a ella, comenzar a platicar con el esposo y terminar discutiendo. Al realizar la lista de cosas que le relajaban escribió: ver la televisión, cocinar, platicar con sus hijos, caminar, cuidar sus flores y plantas, escuchar música, salir de paseo con sus hijos, platicar con sus vecinas, leer, ayudar a sus hijos en la tarea escolar. Estas situaciones le relajaban ya que no tenían nada que ver con su esposo. De este modo se comenzaron los ejercicios de relajación e imaginación, al principio le costó mucho trabajo relajarse e imaginar la situación, ya que se mantenía tensa y con llanto, sin embargo en el transcurso del trabajo de cada jerarquia se fue mostrando más tranquila y ella misma comenzó a relajarse más fácilmente por lo que las terapeutas solamente mencionaban los pasos a seguir en el apareamiento de las situaciones agradables y desagradables. Se le pidió a la persona que practicara la relajación dentro y fuera de situaciones que le causaran ansiedad.

Al estar practicando y utilizando estas dos técnicas ella comenzó a sentirse más segura, buscó un empleo, organizó su tiempo para estar y compartir con sus hijos, el miedo disminuyó

mucho y pudo enfrentarse con más seguridad al esposo, al cual ya no volvió a aceptar como pareja, sino solo como el padre de sus hijos, con el cual en ocasiones platicaba sobre éstos.

Sin embargo, todavía le costaba trabajo comunicarse y más que nada expresarle a su pareja sus desacuerdos, así como el transmitir sus deseos y emociones a sus hijos por lo que utilizamos la técnica de inasertividad en combinación con el modelamiento. Y en esta parte después de explicarle a la mujer en que consistía la asertividad, y al pedirle que registrara que actividades asertivas o inasertivas tenía, ella mencionó que no era asertiva al pedirle a su esposo que se retirara de la casa, que no quería hablar con él en ese momento, comentarle al cónyuge algo acerca de los hijos sin provocar que los regañara y comenzaran a discutir, no saber parar la discusión. Después que se le explicaron las diferentes respuestas asertivas se comenzaron a simular cada una de las situaciones; en un principio a la paciente le daba pena hacerlo, pero con los ensayos se fue deshinibiendo; lo que más se le retroalimentaban después de cada simulación era lo referente a su volumen de voz diciéndole que hablara más fuerte y que mantuviera la mirada hacia la persona con la que se encontraba, a lo que ella mencionaba que le costaba trabajo hablar fuerte y ver fijamente a la otra persona, sobre todo si se trataba de su pareja, y que al principio lo hacía como muy "mecánicamente" pero que el hacerlo le producía bienestar con ella misma y con los demás y que quizá con la práctica podría hacerlo de forma más natural. Por tal motivo se le decía que practicara éstos ejercicios frecuentemente no solo con su pareja sino con toda la gente.

Como resultado de este proceso, la paciente cumplió con su objetivo principal que era rehacer su vida sin esa pareja, mejoró la relación con sus hijos, económicamente se sintió más segura y confiada para salir adelante con sus hijos. Por lo tanto dimos por concluida la terapia psicológica y aplicamos nuevamente los inventarios.

Al realizar el postest, en el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal la paciente solo respondió afirmativamente a la pregunta que se refiere a si se estaba frenando en su avance educacional o vocacional y a que si había engordado o adelgazado en exceso. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal, afirmó solo el sentirse culpable de equivocarse siempre. Al responder el inventario de conductas negativas del cónyuge contestó que "sí" a la pregunta de si su pareja insistía en mantener el control de su vida, sus pensamientos y su conducta, que era crítico encontrándole siempre en falta, cambiaba de seductor a déspota, hacía comentarios despectivos sobre mujeres en general y ella en particular, proyectaba sobre ella todas sus fallas o fracasos, atacaba su manera de ser insultándola, desvalorizaba sus opiniones y sentimientos, la acusaba de ser demasiado sensible o de reaccionar de forma desproporcionada cuando él la atacaba, estaba él sumamente celoso y posesivo, criticaba

constantemente a las personas importantes para ella. Y finalmente en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal afirmó tener cefalea, sensación de cansancio, dolor de cabeza (leve), disminución del interés sexual (leve).

Después de seis meses la paciente asistió a la cita y mencionó que le había costado trabajo estar sin su pareja, pero que estaba tratando de sentirse mejor cada vez y que trataba de disfrutar lo más posible lo que tenía.

MUJER 2

La paciente tenía 29 años de edad, tenía 6 años de casada, se dedicaba al hogar, tenía un hijo de 3 años y su esposo tenía 27 años y se dedicaba a la compra y venta de coches.

Ella llegó al CAM directamente al área de Psicología solicitando ayuda para mejorar la relación con su esposo ya que durante su matrimonio se habían presentado "malas situaciones" (como ella decía), refiriéndose con esto a que su esposo no le pasaba las llamadas telefónicas, le daba el peor coche, era infiel, la rechazaba sexualmente y la golpeaba en las madrugadas.

Toda esta situación provocó en ella una total desvalorización de su persona, de sus habilidades para salir adelante por sí sola y principalmente una incertidumbre por saber si continuaba o no con la relación.

Por lo tanto consideramos que la paciente formaría parte del grupo de investigación.

Durante la entrevista ella nos platicó que conoció a su esposo en la escuela pues era su compañero de clase, ellos comenzaron a llevarse bien, se hicieron amigos y finalmente novios. Su noviazgo duró 2 años; esta relación fue muy "amorosa" por lo que después de este tiempo decidieron casarse. Al principio del matrimonio aunque estaban poco tiempo juntos (debido a las diferentes actividades de ambos) se seguía manteniendo una buena relación. Así después de dos años de casados tuvieron su primer y único hijo. Sin embargo, la relación fue decayendo, ya que la "falta de verse" se convirtió en indiferencia por parte de el esposo, él comenzó a tomar y estando bajo los efectos del alcohol llegó a golpearla y a humillarla. Los episodios de golpes se presentaban en distintos lugares (casa, carro, calle). La paciente creía que esta situación se presentaba porque ella lo provocaba al reclamarle alguna situación o actitud con la que ella no estaba de acuerdo, por ejemplo, llegadas tarde, que él no llegara a casa o infidelidades, esto provocaba en ella coraje aunque en un principio se defendía. Al terminar la situación de maltrato el cónyuge se salía de la casa y dejaba de hablarle.

En lo que respecta a su vida sexual, comenzó a disminuir desde que comenzaron los golpes ya que ella tenía miedo de tener relaciones sexuales porque en ocasiones la lastimaba, pero cabe señalar que el esposo nunca la obligó a tener relaciones.

Por otro lado sus actividades en pareja eran muy esporádicas (1 vez por mes). No platicaban puesto que el esposo no "se prestaba" aunque ella le hacía comentarios sobre cualquier tema. La relación con los familiares era equilibrada ya que de manera independiente o en pareja se reunían con sus familiares frecuentemente. En lo que respecta a amistades, cada uno tenía sus propias amistades, ella se relacionaba con compañeros de la escuela y vecinos a los que frecuentaba constantemente.

La situación de maltrato no afectó al gasto familiar.

En los hábitos conductuales de la paciente, aumentó la fatiga y disminuyó su alimentación, también se presentaron dolores de cabeza y musculares, así como el que ella pensara y sintiera odio, rechazo, venganza, tristeza, impotencia, decepción, duda sobre porque estaban pasando esas situaciones.

En cuanto a sus intentos de solución ella habló con su pareja y acudió a algunos familiares más cercanos, pero nada le dio resultado. Y sus objetivos dentro de la terapia eran que quería una buena relación de pareja, disminuir su dependencia a los demás y principalmente a su pareja, además de que deseaba obtener más seguridad en sí misma.

En lo que respecta a los inventarios, en el de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig.2 ver anexos) ella respondió de forma negativa a las preguntas de tenerle miedo a su pareja así como a sentirse confundida sobre la forma en que él esperaba que se condujera. En el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) ella respondió que no pedía a su hijo que tuviera cuidado en no molestar al papa, no reprimía sus sentimientos de coraje, tampoco hacía lo imposible para adaptarse a las exigencias de su esposo y no le era necesario buscar una excusa para salir de su casa. En lo que se refiere a la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos) sus principales molestias físicas eran dolor de cabeza, insomnio y dolores musculares. Finalmente en el inventario de conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos), la paciente respondió negativamente que él insistía en mantener el control de su vida, negó que el esposo la intimidaba vociferando o amenazando, era sumamente celoso, la humillaba sexualmente y era encantador en público; y en las demás preguntas respondió afirmativamente.

Posteriormente se le dio la fase educativa durante la cual la paciente se dio cuenta de que no sólo estaba pasando por "malas situaciones", sino que estaba viviendo dentro de un ciclo de

violencia donde muy pocas veces llegaba a la fase de "luna de miel", y que la constante era la acumulacion y descarga de tension; así que se propuso antes de tomar la decisión de divorciarse que restableciera su autovaloracion para poder planear lo que iba a hacer durante y despues del divorcio.

Era necesario que antes de tomar la decisión de divorciarse la paciente adquiriera habilidades asertivas, por lo que primeramente se trabajo el área de inasertividad. Inicialmente se le dio la explicacion de lo que era la asertividad y se le pidió a la paciente que enlistara aquellas situaciones en las que se consideraba inasertiva con su pareja, a lo que ella dijo que no sabia como decirle que se bañara y arreglara diario, como comentarle que la invitaban a una reunion y tenia ganas de ir, pedirle alguna cosa para el niño, decirle que no la lastimara cuando tenían relaciones sexuales, por tanto, se le explicaron cuales eran las formas más comunes de la conducta asertiva y se comenzó a practicar de manera verbal las situaciones que ella consideraba inasertivas. Dentro de la retroalimentacion que se le dio fue que tuviera contacto visual con la persona con quien hablaba, y se le fue dejando de tarea que practicara estas situaciones con todas las personas, a lo cual ella comentó que parecia fácil pero que en realidad costaba trabajo puesto que a veces se desesperaba, sin embargo dijo que intentaria ser cada vez mas asertiva. Posteriormente la paciente mencionó que la asertividad le ayudó mucho a que la situación con su pareja no llegara a golpizas sino a indiferencia y a una que otra discusion y argumento también que esto le ayudó a sentirse cada vez más segura y tranquila, pero principalmente se iba convenciendo de que lo más conveniente era el divorcio, por lo que se procedió a trabajar la falta de toma de decisiones.

Al trabajar la falta de toma de decisiones se le explico a la mujer lo que era la solucion de problemas y respondió la serie de preguntas establecidas que le servian para aclarar mas su idea del divorcio, y se le pidió que buscara otras alternativas de solución, a lo que ella contestó: continuar con la pareja, separarse por un tiempo de 6 meses, invitar a su pareja a asistir a terapia psicologica. al escribir las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas la paciente consideró que para ella la más conveniente era el divorcio, ya que en las otras alternativas requeria de mayor tiempo, lo cual le provocaria a ella más inestabilidad al estar esperando un cambio positivo o una respuesta de su pareja, en cambio en el divorcio aunque se tardara el proceso, al comenzar el tramite, ella saldria de manera inmediata del domicilio conyugal y aparte tenia el apoyo de sus padres y amistades tanto económica como emocionalmente por lo que antes de llevar a cabo lo decidido hablo con sus padres para que le prestaran dinero, y en sociedad con unas amigas rentara una casa que acondicionaria como guarderia y ella pudiera vivir allí.

Cuando ella salió de su casa y comenzó a vivir en la guardería, ella quedó de acuerdo con su pareja para que él pudiera visitar al niño, pero no lo dejaba entrar a su casa, y él insistía en que regresaran. Ella mencionó sentirse más segura y tranquila.

Debido a éstos comentarios de la paciente se trabajaron ejercicios de autoafirmaciones negativas, los cuales le resultaron más fácil de asimilar y responder. Al responder las cosas que le agradaban y desagradaban de sí misma mencionó que le agradaba sentirse más segura, estar dispuesta a cambiar y mejorar, prestar más atención a su arreglo personal, ser responsable, trabajadora, tener ganas de salir adelante; y le desagradaba ser impaciente, celosa, un poco chismosa y enojarse con facilidad, pero ella mencionó que estaba dispuesta a cambiar estas cosas. Cuando se le preguntó como se sentía al reconocer y darse cuenta de lo que ella era respondió que muy bien porque conociéndose ella misma iba a saber que cosas quería seguir siendo o cambiar para mejorar, a pesar de esto se le dejó que encontrara más cosas que le agradaran de sí misma, a lo que ella mencionó que le gustaba como cocinaba pues lo hacía muy rico, que procuraba ser ordenada, que trataba de organizar su tiempo, y que era puntual. En el ejercicio ¿quién soy? se trabajaron los roles de: mujer donde la paciente dijo que lo que quería hacer después del divorcio era seguir estudiando procurando terminar su carrera de licenciada en Derecho, relacionarse más con la gente y seguir manteniendo sus amistades, comenzar a hacer ejercicio y tratar de irse superando económicamente. Como madre dijo que estaba más tiempo con su hijo, le ponía más atención, era más paciente con él, creía que debido a la situación que estaba pasando, era importante que el niño se distrajera, con lo que se sentía más a gusto porque el niño la apoyaba y no insistía en ver al papá (cabe señalar que la paciente tomó la decisión de llevar a su hijo a terapia psicológica). En cuanto a esposa, ella consideraba que todavía recordaba a su pareja pero que había tratado de acordarse de situaciones agradables que pasó con él, y mencionó que aunque seguía viendo a su pareja, ya no "le movía el tapete", sin embargo todavía no estaba dispuesta a tener otra pareja. Al preguntarle como se sintió haciendo este ejercicio dijo que muy bien ya que se había dado cuenta de todo lo que había deseado hacer y lo que había planeado para ella. En el ejercicio del árbol la mayoría de las cosas que mencionó en el ejercicio ¿quién soy? las repitió, pero en cuanto a frutos dijo que le fue importante el haberse dado cuenta de todo lo que había dejado de hacer, valorar más su vida y en las ramas escribió quererse ir a vivir a provincia; en cuanto a sus raíces comentó que las personas importantes para ella eran su hijo, sus padres y hermanos, que nació en el D.F. siendo la segunda de 5 hijos.

Todo este proceso de recuperación retomando sus verbalizaciones y registros, dio la pauta para que se diera por terminada la terapia, realizándose por lo tanto el pos-test.

Durante el postest, la paciente en el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal contestó afirmativamente que se estaba frenando en su avance educacional y que había engordado o adelgazado en exceso. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal respondió "sí" a sentir rabia en muchas ocasiones y sentirse culpable de equivocarse siempre. En el inventario de conductas negativas del conyuge respondió afirmando que el esposo era crítico implacable, cambiaba de seductor a déspota, hacia comentarios despectivos sobre las mujeres y ella, proyectaba sobre ella sus fallas o fracasos, atacaba su manera de ser insultándola, desvalorizaba sus opiniones y sentimientos, la acusaba de ser demasiado sensible y reaccionar desproporcionadamente cuando él la atacaba, era sumamente celoso y posesivo, criticaba a personas importantes para ella, restaba importancia a sus logros. Y en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal contestó estar tomando medicamento, tener (leve) disminución del interés sexual, menstruación dolorosa (leve) y mareos (leve).

La paciente ya no se presentó a la cita que se le dio después de seis meses.

MUJER 3

La paciente de 33 años de edad, estaba casada desde hacia 9 años, ella era ama de casa, tenía dos hijas una de 7 años y una de 6 años, su esposo tenía 33 años y era empleado.

Llegó al CAM y en particular al área psicológica canalizada por la agencia especializada en delitos sexuales de la Procuraduría General de Justicia en Tlalnepantla, ya que ella 7 días antes levantó un acta por lesiones de primer grado hechas por su esposo.

La situación de golpes iba desde patadas, puñetazos en la cabeza, golpes en todo el cuerpo, la humillaba y denigraba como mujer, ofendía a su familia de ella y le había sido infiel.

Todo esto provocó que ella se sintiera insegura, dependiente a su esposo, impotente a decir no y experimentar miedo a enfrentarse a una nueva golpiza.

Toda esta información permitió considerar que la mujer formaría parte del grupo a investigar, por lo que se le aplicó la entrevista, en donde nos platicó que conoció a su esposo en la preparatoria donde ambos estudiaban, comenzaron a relacionarse como compañeros y posteriormente como novios (relación que duró 2 años). El motivo por el que decidieron casarse fue que terminaban el bachillerato y no querían distanciarse, además de que ya contaban con un apoyo económico (el traspaso de una tintorería). Al comienzo su relación fue buena, aunque tenían limitaciones económicas, a pesar de lo cual decidieron tener su primer hijo.

Sin embargo los incidentes de violencia se fueron presentando cuando el esposo se sobresaltaba por cualquier situación y comenzaban a discutir. Esto siguió hasta que él llegó a golpearla. Las situaciones de maltrato se presentaban en la calle, carro o en la casa. Ella comentó que estas situaciones se presentaban porque el marido no sabía controlar su enojo y celos, así que ella al principio trataba de defenderse y de responder a la agresión pero posteriormente dejó de responder tratando de hablar con él o se quedaba callada y dejaba que el esposo descargara su ira. Ante esto ella sentía impotencia de no poder agredirlo de igual modo, miedo a recibir un mal golpe. Comentó que solo en una ocasión intervino en las situaciones de maltrato la hija mayor pidiéndole al papá que dejara ya a la mamá, pero él no hacía caso y comenzaba a tirar las cosas de la casa; al terminar el incidente de gritos y golpes el esposo se quedaba callado o se salía de la casa y regresaba más calmado.

En su vida sexual la paciente comentó que si continuaban teniendo relaciones sexuales, pero en algunas ocasiones ella solo lo hacía por satisfacer a su pareja, pero la frecuencia con que las relaciones se presentaban disminuyó debido al maltrato.

Por otra parte, sus actividades de pareja eran muy esporádicas (1 ó 2 veces al mes) ya que solo salían después de cada conflicto o discusión.

Sus pláticas solo eran sobre lo que pasaba en la casa cuando él no estaba, lo cual ella realizaba a sabiendas de que podía molestar a su pareja. En sus relaciones familiares ella mantenía más contacto con los familiares del esposo visitándolos 2 ó 3 veces a la semana, y a ella le gustaba estar con ellos, a diferencia de su propia familia a los que dejaba de ver hasta 2 meses, sin embargo mantenía con ellos también una buena relación. Ella contaba con amistades personales (madres de los compañeros de sus hijos) con las que llevaba tres años de conocerlas aunque las frecuentaba muy poco al igual que a las amistades que compartía con su esposo.

En lo que respecta al gasto familiar solo se reducía cuando el cónyuge estaba disgustado o acababan de pasar por una situación de maltrato y en ese caso ella se dedicaba a vender flanes y pays.

Por otra parte de las consecuencias que ella tuvo era que se preguntaba ¿qué estaba haciendo?, ¿porqué estaba pasando eso?, esto la hacía sentir triste, con dolor, angustia, miedo, coraje, impotencia, desesperación y para desquitarse hacía cosas que le desagradaban al esposo como: azotar puertas, no lo recibía cuando regresaba del trabajo, recogía los trastes bruscamente y le decía "maldito", "poco hombre", "ojalá te mueras", "lárgate", "como quisiera que sintieras el dolor que yo siento".

Ella consideraba que su relación violenta podía mejorar solo si su esposo asistía a terapia psicológica, aunque anteriormente asistieron a otra terapia pero él ya no quiso continuar. En cuanto a los objetivos de la paciente dentro de la terapia psicológica fueron el poder tomar decisiones por sí misma, ser ella misma, apreciarse y quererle para poder querer a los suyos.

En cuanto a los inventarios, de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos), ella solamente contestó que no se sentía casi siempre triste y en lo que resta a las demás preguntas respondió afirmativamente. En el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) respondió que no se disculpaba ni tenía cuidado con cada palabra que decía y no ensayaba lo que quería hablar con su esposo, así como tampoco había tenido trastornos de peso, ni cambio en la atención de su apariencia personal. En el inventario de conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos), ella contestó que no a las preguntas que se referían al aspecto sexual. Y finalmente en la evaluación de respuestas fisiológicas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos) se confirmó lo que respondió en la entrevista, en cuanto a los constantes dolores de cabeza (en específico migraña), la pérdida visual del ojo izquierdo, así como insomnio y dolores musculares.

De este modo, se procedió a darle la fase educativa donde la paciente reafirmó que se encontraba viviendo maltrato físico y emocional pues desde hacía ya bastante tiempo ella y su esposo se agredían, y en esta última ocasión la agresión había sido tal que ella llegó a levantar la denuncia, además de que ella mencionó presentar consecuencias somáticas debidas a la relación maltratante.

Posteriormente se comenzó a trabajar falta de toma de decisiones ya que era indispensable tomar una decisión para saber si se quedaba o no en el hogar o si abandonaba al esposo. Entre las ventajas y desventajas de la separación escribió tener una vida más tranquila, aprender a valorarse, saber que podía valerse por sí misma, aprender a tomar decisiones; las desventajas eran sentirse sin el apoyo económico de su pareja, sentir que no podía sacar a sus hijas adelante en cuanto a alimentación y educación, no saber que responder cada que preguntaran por su papá, propuso también la alternativa de separarse temporalmente sin tener más relación que las hijas. Después de analizar las alternativas, la paciente llegó a la conclusión de que seguiría con su pareja puesto que no se sentía preparada para la separación y mientras notaba si había un cambio en ella y principalmente un bienestar anímico, por lo que se le recomendó asistir al médico y tener chequeos constantes.

El segundo paso fue el que aprendiera a relajarse ya que constantemente se sentía tensa y no podía afrontar situaciones con la pareja, las hijas y demás personas con que convivía. A pesar

de que su relación de pareja disminuyó en niveles de tensión (debido a la demanda que tenía levantada). En un principio el entrenamiento le fue difícil aprender a respirar profundamente y esto en ocasiones le desesperaba, por lo que se tuvo que trabajar más detenidamente, pero conforme le fue más fácil concentrarse en su respiración, comentó que al relajar sus músculos se sentía mejor. Debido a que la paciente argumentaba que le era difícil, se le insistió mucho para que practicara la relajación lo más frecuentemente posible.

La paciente dijo que estaba aprendiendo a tomar sus propias decisiones, desde la ropa que se iba a poner puesto que anteriormente el esposo le escogía la ropa que usaría, comenzó a decidir también su tiempo de permanencia dentro de la casa, las visitas al médico. Mencionó también que su estado de salud se restableció mucho pues comenzó a recuperar peso, apetito, con la relajación disminuyó su dolor de cabeza, el temblor de manos y se sentía más tranquila.

Se procedió a trabajar inasertividad ya que ella decía que todavía le costaba trabajo comunicarse con su pareja y aunque él ya no la golpeaba, todavía en ocasiones se agredían verbalmente ante lo cual ella no sabía como actuar. Las situaciones inasertivas que ella mencionó eran que le costaba trabajo decirle "no" a su pareja, o hacer algún comentario a algo en que ella estaba en desacuerdo pues tartamudeaba; también se le dificultaba negarse a tener relaciones sexuales y el proponer alternativas. Al explicarle las posibles respuestas asertivas se ensayaron y se le dijo que era importante que aplicara los ejercicios de relajación y poder hablar de manera más tranquila, diciéndole que podía darse una combinación de todo lo visto durante el proceso terapéutico.

Se continuó con autoafirmaciones negativas para reforzar todo lo aprendido. En el listado de cosas que le desagradan de ella misma escribió que era impaciente, olvidadiza, un poco chismosa, platicona, celosa, pero dijo que estaba dispuesta a controlar esto. En las cosas que le agradaban no tardó tanto en escribir y dijo que le gustaba ser honesta, estar siempre dispuesta a ayudar, ser fiel, limpia, que estaba procurando más por ella misma y se dedicaba más tiempo (comenzó a salir a tomar café con algunas amigas, a hacer ejercicio), se dio cuenta de todo lo que podía sentir y hacer, brindó otra oportunidad a su esposo y estaba ayudando a sacar a su familia adelante. En cuanto al ejercicio de ¿quién soy? como esposa, manifestó sentirse más segura con su pareja pues estaban recuperando la confianza, la sinceridad y el respeto, trataba de agradarle físicamente a su esposo y se sentía correspondida en el aspecto emocional por parte de su pareja. Como madre dijo que quería darle más cariño a sus hijas así como una buena educación, les estaba dando más tiempo para jugar, les estaba enseñando que se hicieran más responsables de sus cosas y tareas, estaba siendo más paciente y las hijas se dieron cuenta, por lo

que se volvieron más obedientes y en todo el esposo la estaba apoyando. En el rol de mujer se dio cuenta que se respetaba más, que se estaba dando tiempo para divertirse y cuidarse y estuvo planeando trabajar para apoyar en la economía familiar. Al preguntarle como se sentía ante todo esto solo contestó que "excelente". En el ejercicio del árbol escribió más de 5 virtudes, ser fiel, ayudar a los demás, limpia, trabajadora, ser amigable, más segura, honesta; en sus frutos escribió sacar adelante a su familia, mejorar su relación de pareja, darse una nueva oportunidad para salir adelante, comenzar a valorarse. En cuanto a sus proyectos eran trabajar, continuar estudiando, terminar de pagar su departamento con ayuda de la pareja.

Con esto ella cumplió sus objetivos de autovalorarse, salir adelante, recuperar su seguridad y confianza en si misma, así como estabilizar a su familia y mejor su relación de pareja. Posteriormente de esto se canalizó a terapia de pareja. Cabe señalar que su esposo estuvo también asistiendo a terapia individual con otra psicóloga al mismo tiempo que ella. Y para finalizar se volvieron a aplicar los inventarios, en donde ahora todas sus respuestas fueron negativas, cabe señalar que en la evaluación de respuestas fisiológicas, respondió que la mayoría de sus afecciones desaparecieron y otras solo disminuyeron, por lo que seguía en tratamiento médico.

Podemos concluir diciendo que en esta paciente el cambio fue radical ya que no solo logró sus objetivos, sino que además calificó su estado de ánimo como "excelente", mejorando completamente su estilo de vida personal y familiar.

Al llegar la cita que se dio después de seis meses, la paciente no se presentó.

MUJER 4

La paciente de 36 años ama de casa (tenía la carrera de química), llegó al CAM pidiendo asesoría legal ya que se quería divorciar de su esposo (el cual tenía 61 años y era empleado), con el que llevaba 8 años de casada, tiempo en que había vivido episodios de golpes, además de maltrato verbal y omisión en el gasto familiar. Ella tenía dos hijas de 15 y 11 años de edad de un primer matrimonio, y otra hija 7 años fruto de su segundo matrimonio (del cual llegó pidiendo asesoría).

De este modo el área legal la canalizó a bolsa de trabajo y la invitó a asistir a asesoría psicológica, a lo cual ella aceptó. Durante la primera entrevista en el área de Psicología, la paciente manifestó que la situación por la que estaba pasando con su pareja disminuía su apetito, constantemente sufría de insomnio, tristeza o pérdida de seguridad en si misma.

Por lo tanto se consideró que esta paciente era idónea para la investigación. Así al aplicar la entrevista y al hablar de su historia familiar ella platicó que conoció a su esposo en

la compañía donde trabajaba, llegando a establecer una buena relación amistosa, hasta llegar a un noviazgo que duró 8 meses; el motivo por el que posteriormente decidieron casarse fue que como los dos estaban recién divorciados "necesitaban del apoyo de una pareja". Al principio de su matrimonio la relación era agradable, pero ella notaba ciertas cosas o detalles que no del todo le agradaban pero sin embargo las pasaba por alto. Después de dos años procrearon a su primera y única hija. A partir del nacimiento de esta hija la situación y/o relación familiar comenzó a ser violenta, en este tiempo se fueron a radicar a Yucatán, y el cónyuge empezó a incrementar el consumo de bebidas alcohólicas; con lo cual las agresiones fueron presentándose con insultos, la culpaba de las situaciones económicas por las que estaban pasando, después comenzó a amenazarla con golpearla y a tratarla con malas palabras, hasta llegar a correrlas a ella y a la hija de la casa.

En particular las situaciones violentas comenzaban porque el esposo se mostraba enojado ante una situación que no le agradaba y comenzaba a discutir, a gritar groserías e insultos hasta aventarla y golpearla, siempre bajo los efectos del alcohol. Toda esta situación ocurría en cualquier parte de la casa, dentro del carro y en ocasiones en la calle.

La paciente consideraba que esta situación violenta se presentaba porque el esposo era alcohólico y porque nunca estaba de acuerdo con nada. Ante esta situación de violencia ella comentó: "cuando empezaron los golpes me quedaba paralizada ante lo que estaba ocurriendo, pero después de algunos años también grito, golpeo y trato de defenderme"; sin embargo todo esto la hacía sentirse confundida sin saber que pensar ante lo que estaba viviendo. Su esposo también agredía verbal y/o emocionalmente tanto a las hijastras como a la propia hija. En algunas ocasiones la familia de ella llegó a intervenir tratando de separarlos pero solo cuando la pareja se encontraba de visita en alguna otra casa, porque en la casa de ellos no intervenía nadie, siempre estaban solos porque no les gustaban las visitas. Después de la situación violenta el no le hablaba a nadie.

En cuanto a su vida sexual, era nula, ya que a partir de la concepción de su hija dejaron de tener relaciones sexuales, y la paciente comentó que éstas nunca fueron satisfactorias para ella, ya que en ocasiones él no correspondía, ella le expresó su inconformidad, pero él le decía que si no le parecía, en la calle había quien la satisficiera, por lo que decidió después de un tiempo salirse de la recámara irse a dormir con sus hijas.

En lo que se refiere a actividades en pareja, este aspecto era nulo, ya que el esposo solo se la pasaba tomando bebidas alcohólicas, durmiendo o viendo la televisión, y en cuanto a su comunicación, no platicaba con él ya que solo respondía agrediéndola, por lo que ella no le tenía

confianza; no tenían amigos en común por lo que la paciente y sus hijas visitaban a la familia de ella cada vez que podían, mientras que a la familia de él no la visitaban. Sin embargo, la paciente comentó que si tenía amigos personales (vecinos, madres de los compañeros de escuela de sus hijas) a los cuales veía cada vez que sus actividades les permitían reunirse en alguna casa o lugar público. La situación por la que estaba pasando no afectaba la vida social de la paciente, ya que en cualquier lugar podía estar platicando, conocer gente y hasta aumentar su círculo de amistades.

Por otro lado a pesar de que la madre de ella la apoyaba en los gastos escolares de las hijas, la economía familiar se redujo a partir de la situación de maltrato, por lo que la paciente quería volver a trabajar puesto que cuando se casó con esta segunda pareja dejó su empleo. Todo esto, trajo como consecuencias que la paciente pensara y dijera que era mejor que el cónyuge desapareciera, y que de sí misma pensara que era tonta, estúpida, tarada, poco inteligente que no valía, que su esposo no la quería ni se interesaba por ella. Además sentía odio, rencor, indiferencia, hastio, apatía, lastima por sí misma, fastidio por todo lo que hacía, provocando esto que ella llorara más que de costumbre, que se sintiera nerviosa, con dolor de cabeza, inquieta, temblorosa del cuerpo. Por tal había tenido cambios en sus hábitos de conducta, presentando insomnio, falta de apetito, tenía mucha sed y sentía todo el cuerpo adolorido; los malestares físicos que aparecieron o incrementaron fueron los problemas digestivos, taquicardia y dolores musculares, pero ella no asistía al médico debido a la falta de dinero o quizá por decidida.

Ante todo esto ella deseaba separarse o divorciarse de su pareja ya que le perdió toda la confianza y respeto. Ella intentó dialogar con él, pero no le respondía o no le hacía caso. Por lo que al acudir a terapia ella esperaba que le ayudaran a quitarse todas sus "malas etiquetas" que traía encima y principalmente sentirse libre, pero para esto ella sabía que tenía que tomar una decisión en cuanto a su relación de pareja.

Al aplicar los inventarios, en el de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos) todas sus respuestas fueron afirmativas, en el de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) solo contestó que no a la pregunta que se refería a que ella se encontraba disculpándose y también contestó negativamente a la pregunta que decía que si prestaba menos atención a sus actividades y a su apariencia personal. En lo que se refiere al inventario de conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos), la mayoría de las respuestas fueron afirmativas, menos las preguntas que se referían a la vida sexual, puesto que como mencionamos anteriormente esta era nula.

Finalmente en la evaluación de respuestas fisiológicas (fig. 4 y 5 ver anexos), la paciente mencionó que padecía de hipertensión arterial (desde la adolescencia), gastritis, dolor de espalda, colitis, contracturas musculares de cuello, ulcera gástrica, miedo y ansiedad sin causa aparente; que tenía palpitaciones cuando se alteraba, o cuando estaba en una situación que le provocaba enojo, cólera, desesperación y miedo, tenía sudoración de manos cuando no podía resolver alguna situación incomoda o cuando se sentía desésporada; temblor de manos cuando estaba disgustada o con miedo, pero el malestar principal que tenía era el insomnio que había aumentado, y esto le traía como consecuencia cansancio y dolores musculares.

Al empezar con el tratamiento, primeramente se le dio la fase educativa, donde la paciente no hizo comentarios sino que solamente afirmó estar viviendo situaciones de maltrato.

Posteriormente se empezó a trabajar con las técnicas de falta de toma de decisiones, ya que primero quería decidir si ella y sus hijas se quedaban en la casa porque la situación era "inaguantable". Por lo que después de explicarle de lo que se trataba la solución de problemas se le pidió que comentara y enlistara la o las situaciones conflictivas a las que se enfrentaba en ese momento, lo que escribió y mencionó fue la indecisión de permanecer o no en la casa. Al responder a los diferentes cuestionamientos ella pensó como otras opciones permanecer en casa y no hacerle caso a su esposo, invitarlo a terapia psicológica. o el divorcio, de las cuales al hacer un lista de ventajas y desventajas, la mayoría eran desventajas ya que al pensar como se sentiría ella ante estas alternativas respondía que estaría siempre alerta y tensa al no saber o estar esperando un cambio o una situación negativa. A la decisión que ella llegó fue que definitivamente se saldría de la casa y que se iría a vivir con su mamá, ya que pronto le darían trabajo (ella era laboratorista) y las hijas ingresarían a una nueva escuela debido a que había terminado el ciclo escolar, y a largo plazo pediría el divorcio. El haber salido de la casa y encontrar trabajo le produjo más tranquilidad y estabilidad emocional.

El segundo paso fue reforzar esa estabilidad con la técnica y ejercicios de autoafirmaciones negativas para que comenzara a revalorar todo lo que había hecho para ella y sus hijas.

En el primer ejercicio al escribir las cosas que le agradaban y desagradaban de sí misma se tardó un poco y dijo que le gustaba que era puntual, fiel, responsable, cariñosa y amorosa, confiable y que había asumido actitud de cambio. Le desagradaba ser impaciente, nerviosa. no tener carácter para algunas situaciones así como el ser débil, cuando se le preguntó que pensaba y sentía al haber hecho este ejercicio contestó que se sentía bien porque se permitió expresar lo que percibía de si misma aunque había cosas que no le gustaban y estaba dispuesta a cambiarlas. Al dejarle la tarea y revisarla comentó que ya no, se había tardado tanto para volver a escribir cosas

escribir cosas agradables de ella y lo que anotó fue: sentirse más segura de sí misma, que se estaba dando cuenta de la oportunidad de salir adelante, el ser muy agradecida con las personas que le ayudaban, comenzar a ser más decidida, darse cuenta de que podía salir adelante sola. Al estar comentando esto comenzó a llorar diciendo que se sentía muy bien. En el ejercicio ¿quien soy? escribí y comento que como madre se sentía muy bien ya que sus hijas la habían apoyado mucho y esto significaba que no había sido tan mala como madre y esperaba darle lo mejor a sus hijas para sus estudios y que esperaba que entre ellas hubiera más confianza y ser amiga de ellas; como mujer mencionó que superó el miedo, que logró hacer cosas por sí misma sin esperar la aprobación de los demás y que tenía muchas ganas de salir adelante. En el rol de esposa la paciente consideraba no haber fracasado pero su situación no la esperaba y deseaba pronto salir adelante puesto que ella había puesto mucho de su parte para mejorar la relación de pareja. Finalmente como profesionista ella comentó que el volver a trabajar de su carrera le había hecho sentir muy a gusto consigo misma y fue algo que la motivó a salir adelante, aunque sabía tenía que volver a estudiar algunas o muchas cosas nuevas para sacar adelante su trabajo. La mujer comentó que el haber hecho este ejercicio y platicarlo le permitió saber y darse cuenta que asumir una actitud positiva le estaba ayudando a salir adelante.

A partir de estos ejercicios la paciente comenzó a sentirse mucho mejor consigo misma, emoción que transmitía a sus hijas, a las cuales posteriormente se les invitó a asistir a asesoría psicológica para trabajar su propia situación de maltrato familiar.

Para este tiempo la paciente tomó la decisión y se sentía más segura para comenzar el divorcio, por lo cual se sentía un poco tensa, debido al trámite de papeles, las entrevistas, el trabajo, así que se utilizaron los ejercicios de tensión física, los cuales en un principio le costaron trabajo puesto que ella expresaba que le era difícil relajarse, pero conforme pasaron las sesiones ella misma comenzó a relajarse sola, y se le recordó que comenzara a hacerlo en casa ante cualquier situación que le causaba tensión y ella fue comentando que se sentía un poco más tranquila con estos ejercicios.

La paciente mencionó que a través del tratamiento pudo tener un mejor panorama de lo que estaba e iba a hacer para ella misma, lo cual repercutiría en su familia.

Al haber cumplido con sus objetivos de estabilidad personal, familiar y profesional, llegó al acuerdo de dar por terminada la terapia psicológica, por lo que se le pidió que respondiera nuevamente a los inventarios.

Durante el postest en el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal respondió negativamente a todas las preguntas, sucediendo lo mismo en el inventario de

emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal. En el inventario de conductas negativas del conyuge afirmó las preguntas de que la pareja era un crítico implacable encontrándola siempre en falta y que proyectaba sobre ella u otras personas la culpa de todas sus fallas. Y por último en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal contesto tener hipertensión arterial y colitis, dolores de cabeza (leves), disminución del interés sexual (leve), presión baja/alta (leve), trastornos intestinales (leves), menstruación dolorosa (moderada).

Al asistir a su cita de seguimiento, la paciente dijo que se le habían presentado algunos problemas con sus hijas, las cuales se habían mostrado un poco rebeldes, pero ella expresó que las comprendía de cierto modo porque estaban en la adolescencia y era normal que se sintieran desubicadas, pero que estaba tratando de mejorar cada vez más su comunicación con ellas, y que en lo personal aunque tenía algunos temores al crecimiento de las hijas y a la situación tan difícil de la juventud, pero ella se sentía tranquila y estable.

MUJER 5

La persona llegó al CAM en compañía de su pareja solicitando terapia psicológica para ambos. Posteriormente se le citó a ella de manera individual debido a que se le percibió bastante intranquila (lloraba y temblaba) cuando estaba ante su pareja, y por lo tanto se prefirió trabajar con ella de manera individual, mientras que el esposo fue canalizado con otra psicóloga.

La paciente tenía 30 años de edad, estaba casada desde hacía 11 años. Su escolaridad era de segundo año de secundaria. Ella se dedicaba al hogar y estudiaba cultura de belleza. Tenía dos hijos, uno de 9 años y otro de 5 años. Su esposo tenía 30 años y era agente de ventas.

En la primer sesión individual la paciente manifestó que tenía miedo de su pareja sobre todo en el aspecto sexual, tema que al ser tocado provocaba en ella llanto. Ese fue el criterio por el que decidimos que fuera parte del grupo de investigación de este trabajo, además porque en lo que ella manifestó se observó también que en su relación de pareja había vivido maltrato físico y emocional.

De este modo se procedió a aplicar la entrevista, donde la paciente comentó en cuanto a su historia familiar que conoció a su pareja desde niña, debido a que era su vecino; la relación comenzó en una ocasión que debido a un problema que tuvo ella en su trabajo, él la invitó a salir. Desde ese momento empezó el noviazgo, el cual duró 8 meses. Después de este tiempo decidieron

casarse a pesar de la oposición de los padres de ambos. Al casarse, la relación iba bien a pesar de que vivían con los padres de él.

Posteriormente, el nacimiento del primer hijo fue a los dos años y medio de casados, y estuvo planeado, y el segundo hijo nació cuatro años después del primero y no fue planeado. La actitud de la pareja ante el primer embarazo fue que comenzó a golpearla, a diferencia del segundo embarazo, en donde desapareció momentáneamente la violencia física, persistiendo sin embargo, el maltrato sexual y emocional.

El esposo trabajaba como agente de ventas y ella se dedicaba al hogar y a estudiar cultura de belleza.

Durante el primer año de casados comenzó a haber golpes no muy fuertes, que se presentaban cuando él gritaba y ella le contestaba, empezando también a haber agresiones verbales. La paciente argumentó que comúnmente antes de que se presentara un episodio de violencia, su pareja se encontraba molesto o en ocasiones bajo los efectos del alcohol; mientras que en el momento de la agresión la golpeaba sobre todo en la cara, provocándole sangrado de nariz, abertura de labios o dejándola muy lastimada, obligándola después a tener relaciones sexuales. Durante las agresiones, ella inicialmente solo lloraba, pero después aunque sentía miedo, también lo golpeaba. El horario en el que más frecuentemente ocurrían las agresiones era por la noche, cuando se encontraban en la recámara.

Cuando se le cuestionó a la paciente cual creía que era el motivo por el que se presentaban las agresiones, ella mencionó que en un inicio por el alcoholismo y porque el cónyuge se sentía agredido. Además de agredirla a ella, la pareja también agredía a los hijos, llegando a dejarlos con moretones en el cuerpo alguna ocasión. Cabe señalar que la paciente mencionó que unas veces intervino en las golpizas un cuñado, gritándole al esposo que dejara de golpearla.

En lo que respecta a la vida sexual de la pareja, ella evitaba lo más posible tener relaciones sexuales con él, debido a que empezaba a humillarla y a obligarla a tener relaciones anales y/u orales, así como a ver películas pornográficas, lo cual la llevó a tener anorgasmia durante el acto sexual, además de hacerla sentir miedo, cambiando así la frecuencia con que tenían relaciones sexuales (más esporádicamente), tomando él la decisión de cuando y como tendrían la relación.

En cuanto a las actividades de pareja, no salían a ningún lado juntos, casi no platicaban puesto que ella no le tenía confianza, pero cabe señalar que últimamente platicaban más. Compartían pocas amistades como pareja, sobre todo un amigo de él, que conocían desde hacia tiempo, y era el cónyuge quien elegía las amistades, por lo tanto ella no tenía amistades personales pues su pareja no se lo permitía, además de que ella mencionó que tenía dificultades

para relacionarse con la gente. A la familia de ella solo la visitaban 1 o 2 veces al año, a pesar de que ella tenía una buena relación con sus familiares, pero era así porque el conyuge no se lo permitía, y tampoco frecuentaban a la familia de él.

La paciente mencionó que debido a la situación de maltrato, la economía se modificó ya que antes eran apoyados por los padres de él y después solo aportaba dinero el esposo, por lo que ella había tenido que ayudar a sus hermanas con sus quehaceres para que le dieran dinero y le regalaran ropa a sus hijos.

En cuanto a las consecuencias del Maltrato Conyugal, ella mencionó que cuando era maltratada pensaba en pegarle a su pareja con lo primero que encontrara o pensaba en irse de la casa; sintiendo miedo y pena; en cuanto a las conductas, ella mencionó que se distraía regañaba y golpeaba a sus hijos constantemente; mientras que en cuanto a lo que decía durante las agresiones era que iba a dejar a su pareja.

Los hábitos en los que la paciente mencionó que había tenido un cambio fue en que se sentía más cansada, no tenía hambre, aumentó el consumo de cigarro y bajó de peso, presentando también enfermedades como colitis y gastritis, presión baja; mencionando que solo acudía al médico cuando se sentía muy mal.

Y en lo que respecta a las alternativas o intentos de solución, la paciente argumentó que no creía poder salir adelante, y que en la terapia buscaba sentirse más segura y saber si había actuado mal; cabe mencionar que al preguntarle cuáles eran sus características personales para salir adelante, la paciente mencionó que ella "era poca cosa".

En los inventarios se encontró que en cuanto a las conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos), la paciente respondió que constantemente se estaba disculpando por su actitud, trataba de no hacer enojar a su pareja, reprimía su coraje, además de que había abandonado sus propias ideas y deseos propios. Sin embargo no se sentía culpable por la situación que estaba viviendo, no trataba de conseguir la aprobación del compañero, no renunció a las personas importantes para ella, no se había abandonado físicamente y no necesitaba encontrar excusa para salir de casa, además no renunció a sus estudios ni a lo que para ella era importante. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos) de la paciente se pudo percibir tristeza, desesperación, confusión, sentimiento de estar dominada por el compañero, además de sentirse atrapada, pero manifestó no sentir odio por sí misma.

En lo referente al inventario de conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos), se observó que la paciente se encontraba sometida ante la actitud del cónyuge puesto que respondió que se sentía sometida por él, que el compañero era crítico con ella, amenazante, cambiante de estado de ánimo, hacía comentarios despectivos de ella y de las mujeres, el cónyuge la atacaba, la humillaba, la desvalorizaba, echaba la culpa de lo que ocurría a ella y otras personas, insistía para que ella renunciara a cosas importantes, la humillaba sexualmente y la obligaba a realizar ciertas conductas en este aspecto que eran desagradables para ella.

Finalmente, en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos), la paciente describió tener síntomas de frigidéz, ansiedad, miedo, palpitaciones cada que la pareja se le acercaba o le pedía que tuvieran relaciones sexuales, sudoración de manos cuando la pareja le reclamaba cualquier cosa, temblor de manos cuando la amenazaba, dolor de cabeza cuando hablaba o discutía con la pareja. Además, la paciente presentaba insomnio después de tener relaciones sexuales, dolores de estómago, disminución en el interés sexual, dolor en el aparato genital, así como pérdida de peso.

Después de obtener sus datos por medio de la entrevista e inventarios se dio la fase educativa, durante la cual, la paciente dio ejemplos de situaciones personales de Maltrato Conyugal, mencionando que en lo que se refería a los tipos de maltrato reconocía el físico, el sexual y el emocional ya que además de golpearla su pareja la obligaba a tener relaciones sexuales y la agredía con malas palabras diciéndole que era una tonta y que no sabía hacer nada.

Lo que se comenzó a trabajar con ella fueron las autoafirmaciones negativas, ya que se observó por medio de los comentarios que hacía que se sentía no valorada como persona. Durante el trabajo de autoafirmaciones negativas la paciente realizó el ejercicio en el que debía escribir las cosas que le agradaban y desagradaban de sí misma, en donde ella comentó que no encontraba cosas que le gustaran de su persona, y que sin embargo le desagradaba que era tímida, que era insegura, que aguantaba todo lo que su pareja le hiciera y dijera y que no valía nada como persona, lo cual le provocó llanto, ante esto las terapeutas intervinieron de manera especial, (intervención en crisis) para que posteriormente estando la paciente más tranquila le reforzaron sobre que era necesario que pensara con detenimiento en las cosas positivas que ella podía tener, y recordándole que la tarea era escribir cosas positivas de su persona. Al revisar la tarea la paciente comentó que encontró como agradable la forma en que hacía de comer y sus ojos, las terapeutas le insistieron en que pensara en más cosas agradables de ella, a lo cual después de pensarlo un momento comentó que era una persona responsable, que hacía lo mejor posible sus quehaceres del hogar, por lo tanto las terapeutas le preguntaron como se sentía de cuando

mencionaba cosas que le gustaban de sí misma, a lo que la paciente respondió que le gustaba y le hacía sentir más a gusto con su persona, y se le retroalimentó sobre la importancia de pensar en valorarse como persona. En el ejercicio ¿quién soy?, escribió y comentó que se consideraba buena persona, pero que le faltaba decisión y fuerza. En el rol de madre dijo que era buena madre pues le gustaba estar con sus hijos y platicar con ellos. Pero en cuanto a la pareja mencionó que ya no le interesaba su pareja sino que continuaba con él solo por sus hijos y por miedo debido a que él la amenazaba, dijo que su cónyuge le daba miedo e incluso "asco". Y finalizó la sesión con el comentario de la paciente de que a través de este ejercicio se dio cuenta que podía valorarse y reconocerse a sí misma, lo cual le hacía sentir más tranquila y segura.

También se hizo el ejercicio del árbol en donde la mujer escribió que las personas importantes para ella eran sus hijos, sus padres y una hermana. En sus virtudes escribió que le gustaba ayudar a los demás, que era noble, ahorrativa, compartida, asendoza. Sus frutos fueron mantener su hogar a pesar de todo, tener a sus hijos. Y finalmente, sus metas eran terminar la secundaria, terminar su carrera de cultura de belleza, trabajar de eso y sacar adelante a sus hijos. A lo que al final del ejercicio se le reforzó a la paciente la idea de proponerse llegar al cumplimiento de sus metas y que lograrlas dependía de ella, y dijo que quería llegar a lograr las metas escritas aunque le fuera difícil, pero que un gran motivador eran sus hijos. Posteriormente, al percibir que la paciente durante la entrevista y los inventarios comentó tener miedo a sostener relaciones sexuales con su pareja, se procedió a trabajar manejo de ansiedad. En el manejo de ansiedad al hacer la lista de las cosas que le eran desagradables o que le causaban tensión y miedo, escribió que le daba miedo que su pareja le pidiera tener relaciones sexuales, que la acariciara, que la mirara, que le molestaba que le besara el cuerpo, que le dijera palabras "feas", que le obligara a ver revistas pornográficas, que le obligara a ver películas pornográficas, la forma en que respiraba la pareja durante el acto sexual, y que el cónyuge quisiera variar la forma de tener relaciones sexuales.

Al ordenar su lista de manera jerárquica, acomodó las situaciones desagradables del 1 al 10 de la siguiente forma: que me diga que quiere tener relaciones sexuales, que quiera ver películas pornográficas, que quiera ver revistas pornográficas, que me quiera acariciar, que me bese el cuerpo, que me diga palabras feas, que quiera hacer el sexo de manera diferente, la forma en que me mira, la forma en que respira durante el acto sexual. Al terminar de realizar la lista y la jerarquización se comentó con la paciente que su lista estaba completamente referida al aspecto sexual a lo que ella dijo que eso era algo que se había vuelto repugnante comenzando a llorar expresando que no soportaba esas situaciones por lo que las terapeutas intervinieron en crisis, para

que al tranquilizarse la paciente se dio por finalizado el ejercicio. Posteriormente la paciente escribió la lista de cosas que le relajaban anotó que le relajaba leer, platicar, ir a la escuela, lavar ropa, arreglarse, ir al campo, ver películas, guisar, tener plantas, asearse. Al ordenarlas por jerarquías escribió el siguiente orden: ir al campo, asearme, leer, ver películas, platicar, ir a la escuela, guisar, lavar ropa, tener plantas, arreglarme. Al tener la lista jerarquizada se comentaron con ella estas situaciones que le relajaban y dijo que le agradaban porque en estas actividades no tenía que estar con su pareja, lo cual le relajaba.

Posteriormente se trabajó la relajación y la imaginación de la primer situación que causaba tensión, al estar haciendo el ejercicio, la paciente comenzó a llorar y a mostrarse muy inquieta moviéndose demasiado y aumentando el llanto por lo que tuvo que pedirle que se imaginara una de las situaciones que le provocaban relajación para que se tranquilizara, finalizando con una relajación de tensión muscular. Al termino de la relajación se comentó con la paciente del nivel de tensión que la situación trabajada le causaba y ella dijo que era demasiado feo y que cada que pasaba esa situación se ponía muy nerviosa, volviendo a llorar al hablar del tema, a lo cual las terapeutas intervinieron nuevamente para calmar la tensión de la paciente, escuchándola y retroalimentándole sobre lo difícil que era para ella la situación pero que era posible aprender a manejarla por medio de estos ejercicios. Se trabajó nuevamente la primera situación de la lista de tensión de la paciente, pero a pesar de que nuevamente al estar realizando el ejercicio volvió a llorar ya no se mostró tan inquieta como la ocasión anterior, para que posteriormente se le pidiera que se relajara y sintiera cada vez más tranquila, lográndose que calmara su llanto, una vez logrado esto se le preguntó sobre su estado de ánimo durante el ejercicio y comentó que aunque le había dado mucho miedo, había tratado de tranquilizarse y controlar su llanto, y aunque no se pudo relajar completamente, logró bajar en parte su ansiedad y su miedo.

Posteriormente la paciente ya no se presentó, pero podemos decir que por lo que se observó en base a las verbalizaciones y actitudes de la paciente a través de las sesiones trabajadas que si hubo un cambio en su autoestima al cambiar en parte la conceptualización de sí misma, y que por lo que se realizó y observó en la última sesión fue posible que estuviera iniciando un cambio en el manejo en su nivel de ansiedad y que probablemente aunque ya no asistió a las sesiones pudiera conocer una alternativa para manejar su situación de ansiedad.

MUJER 6

La paciente llegó al CAM solicitando asesoría psicológica ya que manifestaba sentirse deprimida.

Ella tenía 25 años de edad, vivía en unión libre desde hacía 6 años, tenía una hija de 1 año de edad, ella era ama de casa y su esposo era odontólogo y tenía 27 años de edad.

Durante la entrevista la paciente manifestó que quizá la causa de su depresión era que su pareja con la que vivía desde hace 6 años la acababa de abandonar. Al comenzar a preguntarle sobre su historia familiar nos platicó que conoció a su pareja desde la infancia, ya que vivían en la misma colonia y los padres de ambos eran amigos y entre ellos "había mucha amistad y cariño" por lo que él le pidió ser su novia (el noviazgo duró 2 años); posteriormente se casaron porque "existía mucho amor y decidieron compartir todo", así después de cinco años de matrimonio planearon tener un hijo (que en el tiempo en que se realizó la entrevista tenía 1 año). Dos veces cambiaron de domicilio hasta que recibieron una casa por parte de INFONAVIT en el estado de Zacatecas. Durante todo ese tiempo la relación fue muy "bonita, había cariño y compartían obligaciones".

La situación violenta comenzó a presentarse a partir de que el esposo perdió el trabajo, la paciente comenta que "él llegaba de mal humor, era indiferente con nosotras, empezó a mentir, comenzó a llegar tarde a casa hasta llegar a no venir a la casa".

En las características del ataque ella comentó que casi siempre se iniciaba la agresión por que él llegaba molesto de la calle y comenzaban a discutir por dinero, ya durante la agresión él comenzaba a gritarle palabras antisonantes, la insultaba culpándola de lo que pasaba, de lo que hacía o no hacía, le aventaba objetos, llegó a golpearla y en una ocasión a arrastrarla por la calle, el maltrato casi siempre ocurría en la sala o en la recámara por las tardes o noches, ella creía que esto ocurría porque el esposo estaba enojado consigo mismo al no encontrar trabajo y al darse cuenta de que empezaba a tener deudas. Ella durante la agresión lo insultaba y discutía con el compañero, pero al no poder controlar su enojo comenzaba a llorar y a suplicarle tratando de convencerlo de que lo que estaban pasando eran malas rachas, pero ella sentía miedo porque el anteriormente no era así, y ella no sabía hasta donde iba a llegar todo esto, pues como vivían solos, nadie intervenía durante la agresión. También la paciente comentó que después de la agresión su pareja se salía de la casa y ella se quedaba llorando al pensar que con los insultos y discusiones ella provocaba toda la situación, mientras que su pareja se volvía indiferente con ella dejándole de hablar.

En su vida sexual continuaron teniendo relaciones sexuales aunque disminuyeron la frecuencia; cabe señalar que la paciente mencionó que su cónyuge nunca la obligó a tener relaciones.

Las actividades que realizaban eran muy pocas (2 ó 3 veces al mes), ya que se la pasaban ahorrando para pagar sus deudas, y si en ocasiones salían era a lugares no muy caros (al cine, a caminar o a reuniones familiares). En cuanto a la comunicación con su pareja, la paciente mencionó que platicaba con su cónyuge con mucha frecuencia debido a que todavía le tenía confianza, aunque él a ella no. Casi no tenían amistades más que los familiares ya que él argumentaba que los amigos podrían causarles problemas y si acaso tenían una amistad fuera de la familia era el quien las elegía; y visitaban a estas amistades 2 ó 3 veces al año. En cuanto a la relación con su familia de ella muy pocas veces la visitaban porque en ese tiempo la paciente vivía en Zacatecas, y su relación con la familia de ella era buena porque la apoyaban. Con la familia de él la relación era buena y más estrecha ya que estaban también en Zacatecas y se conocían desde niños.

Al hablar de sus amistades personales la paciente comentó que por su parte ella contaba con muchas amigas, pero a varias dejó de hablarles o frecuentarlas porque a su pareja no le agradaban, a estas amigas las conocía desde que estudiaba, o eran personas que conoció en Zacatecas desde hacia 2 ó 3 años, a las cuales frecuentaba en lugares públicos, pero cabe señalar que ella comentó que le costaba trabajar relacionarse con otras personas y con sus mismas amistades pues no sabía que decir porque se sentía incomoda debido a la situación que estaba pasando en esos momentos.

Por tal su economía se modificó y ella no había buscado trabajo ya que continuamente tenía que llevar a su hija al hospital porque tenía retardo en el desarrollo y en ese momento se mantenía económicamente porque sus padres la apoyaban.

Las consecuencias que el Maltrato Conyugal le había provocado eran en cuanto a pensamientos: él no era quien para tratarla así, que no la quería, era por el dinero, que era por la familia, no lo quería, tenían que alejarse, no tenía que estar la bebé presente, lo odiaba, quería verlo muerto, que tenía que calmarlo.

Sus sentimientos eran que no la quería, él no quería a la hija, que el esposo era egoísta, que era muy macho, agresivo, lo desconocía, le daba miedo, que la culpa era de ella.

Sus conductas verbales y no verbales fueron que lo insultaba, lo golpeaba, le gritaba, lo jalaba, lo desatendía, no le hacía sus cosas, le aventaba cosas, rompía cosas, lloraba, la encerraba en la recámara, le decía que era un estúpido, que lo odiaba, que no valía la pena como hombre,

era un tonto, ojalá se muriera, ojalá se matara, lo chantajeaba con irse y llevarse a la niña, le decía porque no se iba, que era un inútil, que trabajara.

Por otra parte, al hablar de si habían cambiado sus hábitos de conducta, la paciente comentó que incrementó el insomnio, el consumo de cigarro y estreñimiento, dejó de retener las cosas, se volvió desidiosa en sus deberes.

Finalmente, al hablar de sus alternativas e intentos de solución, ella consideraba que lo que deseaba era que su pareja volviera para que hablaran de nuevo y pudieran decidir que si el separarse un tiempo era lo mejor ella estaba dispuesta a aceptarlo. Y en lo que se refiere a lo que la paciente esperaba de la terapia, comentó que deseaba ayuda profesional para volver a ser ella misma y quererse de nuevo, deseando estar bien para su hija y su pareja.

En cuanto a los inventarios, en el de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) contestó que si a todas las preguntas, reforzándose esto con el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos) en el que solo respondió contradictoriamente que no se sentía culpable de equivocarse siempre, sin embargo, en el inventario de conductas de la pareja; mientras que en el inventario de conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos), las únicas respuestas negativas que tuvo fueron las relacionadas con el aspecto sexual. Finalmente en lo que se refiere a la evaluación de respuestas fisiológicas (fig. 4 y 5 ver anexos), la paciente casi no presentó ninguna alteración orgánica más que insomnio frecuente y dolor de espalda, así como palpitaciones y sudoración de manos al presentarse las situaciones violentas, las cuales por el momento habían desaparecido.

Así, se comenzó su tratamiento con la fase educativa, en donde la paciente dijo que el sentirse deprimida, con coraje y miedo no solo se debía al abandono de su pareja sino a la violencia que había vivido tanto tiempo.

De este modo se comenzó a trabajar la parte de autoafirmaciones negativas, ya que la paciente había perdido toda valoración de su persona al decirnos "que voy a hacer sin él", estando siempre mencionando a su pareja y disculpándolo por todo lo que le había hecho, teniendo como meta estar bien para él. Así que se le pidió que realizara el ejercicio de la lista de cosas que le agradaban y desagradaban, donde ella mencionó que le desagradaba ser tonta, que no hacía nada, que era inútil, que era fea, insegura, celosa, enojona, que no sabía hablar, y al pedirle que dijera las cosas que le agradaban dijo que no había encontrado nada, que le costó mucho trabajo pensar en eso y por tal no escribió nada; en ese momento ella comentó que su pareja no la tomaba en cuenta en sus deseos u opiniones, y a pesar de esto decía que "lo primero él; luego el y al último él". Por este motivo se le dejó de tarea que escribiera y buscara cosas que le agradaban de si

misma. Al revisar la tarea la paciente mencionó nuevamente que le costó trabajo hacer el ejercicio, pero expresó que se puso a pensar en las cosas que le agradaban antes de casarse y dijo que era muy estudiosa, responsable, confiable, que veía la vida de manera positiva, pero que esto ya no era así; se le preguntó como se había sentido al hacer la tarea y leerla y comentó que a gusto por lo que se le dijo que de lo que había escrito, que le seguía gustando y argumentó que ser responsable y confiable; por lo tanto se le retroalimentó la importancia de autoafirmarse positivamente como persona para sentirse mejor consigo misma.

Posteriormente la paciente ya no se presentó a la terapia, pero llamó para cancelar su cita ya que tenía que ir a Zacatecas pero no volvió a llamar para pedir de nuevo su cita y continuar con el tratamiento.

El trabajo con esta persona fue muy poco, por lo que no se puede hablar de resultados, pero mínimamente se le reforzó la idea de pensar positivamente de sí misma para sentirse mejor como persona.

MUJER 7

Esta mujer llegó al CAM pidiendo apoyo psicológico debido a que tenía problemas con su esposo, por lo que se le tomaron sus datos generales.

Ella tenía 34 años de edad, estaba casada desde hacía 15 años, estudió hasta preparatoria, tenía dos hijos, una niña de 14 años y un niño de 6 años. Además de dedicarse al hogar, trabajaba de empleada en una fábrica por las tardes. Su esposo tenía 41 años y trabajaba como almacenista en una fábrica.

Se tomó como parte del grupo de investigación debido a que comentó que en una ocasión su esposo la había golpeado hasta fracturarle la nariz; y al ver que ella había vivido una situación muy fuerte de maltrato físico, se tomó como parte de la población a investigar.

Al hablar de su historia familiar comentó que conoció a su pareja actual en una fiesta, empezaron a ser amigos, pero a los 15 días, él le pidió que fueran novios, a lo cual ella accedió, pero la paciente comentó que desde el inicio de la relación su cónyuge fue muy "seco". El noviazgo duró 10 u 11 meses, tiempo en el que decidieron casarse debido a que ella quería salir de su casa. Al inicio, la relación de pareja marchaba bien, pero posteriormente debido a que la madre de él se entrometía bastante, empezaron a tener discusiones. El nacimiento de la primer hija fue al año de casados y el segundo hijo vino después de los 9 años de matrimonio, ambos fueron planeados, sin embargo, la actitud del cónyuge fue diferente en los 2 embarazos, ya que en el

primero no mostró tantos "detalles" como en el segundo y ella mencionó que esto se debió a que la primera fue niña y el segundo fue niño.

En esos momentos, la hija mayor se encontraba estudiando la secundaria, el hijo menor el kinder.

La relación familiar mencionó la paciente que siempre fue muy seca sobre todo del padre a la hija, pero más cariñoso o detallista del padre al hijo, provocando esto una situación de celos de la hija mayor hacia el hermano. Además ella comentó que se gritaban mucho en lugar de platicar, mientras que la pareja la provocaba para que se molestara y luego se reía de ella.

El maltrato físico comenzó a presentarse cuando la paciente entró a trabajar, debido a que el marido nunca estuvo de acuerdo y fue muy celoso siempre. La manera en que se fue presentando el maltrato fue por medio de reclamos y exigencias para tener relaciones sexuales, además de que el esposo comenzó a esculcar las cosas de ella, presentándose estas situaciones aproximadamente cada 15 días.

Posteriormente, las discusiones fueron agravándose hasta llegar a gritos por cualquier motivo, continuando con golpes por parte de ambos (incluso tomando armas blancas como cuchillos), empujones, insultos. Estas agresiones se daban en cualquier lugar de la casa sobre todo por las noches. Y después de dos o tres días de la agresión el cónyuge le pedía disculpas a ella. La paciente mencionó que las agresiones se presentaban porque ella se negaba a tener relaciones sexuales.

En alguna ocasión intervino en la situación de maltrato una comadre o incluso la hija.

La paciente seguía teniendo relaciones sexuales con su pareja para complacerlo, pero hubo cambios significativos debido a que las relaciones se volvieron más toscas y ahora ella quedaba muy lastimada, disminuyendo la frecuencia con que se presentaban las relaciones sexuales, y cabe señalar que era él quien decidía que iban a tener relaciones sexuales.

Lo que a actividades en pareja respecta, no realizaban cosas juntos, las amistades del matrimonio eran de ella y se convertían en amigos de ambos porque él era muy "especial" para tener amistades porque hablaba de todas las personas. Mientras que ella frecuentaba a diario a una de sus amistades. Su círculo de amistades no se modificó, pero siempre le había costado trabajo relacionarse con la gente. A sus familiares no los frecuentaban.

Es importante mencionar que la economía no se modificó por la relación de maltrato puesto que ella entró a trabajar y él le seguía dando dinero.

Los pensamientos que la paciente tenía al presentarse el maltrato eran ganas de desaparecer, irse, acabar con su pareja hiriéndolo, y que quizá las cosas serían diferentes si ella

hubiese tenido alguna carrera o profesion. En cuanto a sus sentimientos, experimentaba coraje. Su conducta durante la agresion variaba desde quedarse escuchando hasta en alguna ocasion tomar un cuchillo. Y en un inicio contestaba verbalmente a las agresiones, pero posteriormente optó por quedarse callada.

Los habitos de conducta de la paciente solo cambiaron a partir del maltrato en que cuando ella sentia o pensaba en los problemas le daba mucho sueño.

Por último, las alternativas que ella encontraba para su situación eran el salirse de trabajar para evitar problemas, pero comentaba no estar segura de hacerlo puesto que su trabajo era un apoyo económico importante para ella.

Deseaba cambiar ella para que su pareja no la viera decaida y poderle demostrar a su hija que la queria, ya que a veces sentia que no le daba muestras de cariño y que quizá por eso era tan rebelde.

La paciente no mencionó características propias para salir adelante pues dijo no encontrar más que las ganas de cambiar.

Al aplicar el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) se observó que a pesar de que se encontraba reprimiéndose en cuanto a sentimientos, abandonándose físicamente e incluso estar bajando de peso y prestaba menos atención a su apariencia física, no buscaba la aprobación de su pareja ni trataba de disculparse ante él; no abandonó sus ideas ni sueños propios y continuó con su avance personal, no estaba dispuesta a aceptar la culpa de lo que pasaba en su relación, no ensayaba lo que decia ante su pareja, no encontraba excusas para salir de casa.

En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos), se observaron sentimientos de frustración, confusión, rabia, miedo, culpa, desesperación.

En el inventario de conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos), se observó que ella notaba que el compañero era crítico, que queria dominarla, la humillaba, la castigaba con menos contacto sexual, le echaba la culpa de lo que sucedia, la desvalorizaba, y en general se observó una continua actitud de celos hacia los hijos. Quería que ella renunciara a las cosas que le eran importantes, restaba importancia a todo lo que hacia, mientras que en el aspecto sexual no la consideraba y la obligaba a realizar actos que para ella eran desagradables.

En la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos), la paciente respondió que presentaba contracciones musculares, palpitaciones cuando la pareja se le acercaba, temblor de manos cuando discutia con su pareja y en una ocasión presentó una lesión física (fractura en la nariz), además de tener moderada

disminución en el interés sexual y dolor menstrual, así como leves mareos, dolores del aparato genital y disminución en la energía.

Después de la aplicación de la entrevista y los inventarios, se procedió a trabajar la fase educativa, durante la cual, la mujer mencionó que el maltrato físico en una ocasión le costó una fractura en la nariz, y que le daba mucho coraje que el maltrato emocional lo recibía también su hija.

Debido a que la paciente comentaba desde la primera vez que llegó que sentía mucho coraje hacia su pareja, se trabajó inicialmente modelamiento, para que ella pudiera observar y entender el porque de su conducta y la de su pareja. De este modo, se le explicó a la paciente lo que en este trabajo se denominó modelamiento, así como su utilidad, a lo que ella comentó solamente que le quedaba clara la información y que esperaba que esto le ayudara a disminuir el coraje que sentía por su cónyuge, ya que era algo que le hacía sentir desesperada al verlo y que estaba llegando al extremo de no soportarlo. La paciente comentó que las situaciones que le incomodaban de su relación de pareja era que el cónyuge fuera tan necio, tan grosero y la manera en que se burlaba de ella para hacerla enojar, además de que a la hija también le hacía burla y le prohibía salir con sus amigos, además comentó que ya no quería estar ni vivir con su pareja, porque siempre le estaba reclamando por lo que hacía de comer y por lo de su trabajo, que por lo tanto ya solo "le daba el avión", se preguntaba porque su esposo no se iba y los dejaba solos y que a ella no le importaba si les daba o no dinero, y cuando mencionó que quería que su esposo entendiera más a su hija, comenzó a llorar, maldiciendo a su pareja y diciendo que ella era torpe, inútil, que todo se había vuelto rutina, que el marido trataba de subestimarla porque él si convivía con gente "preparada" y ella no; debido a esto, no se pudo aplicar el ejercicio pactado para esta sesión porque debido al estado de ánimo de la paciente se optó por dejarla hablar y escucharla para que le sirviera de desahogo; estando más tranquila, la paciente mencionó que quería estudiar y superarse para demostrarle a su pareja que podía mejorar como persona. Al pedirle a la paciente que comentara una situación específica que le molestara de su pareja ella comentó que le desagradaba que él fuera tan necio, y que no comprendiera a su hija. Una vez que ella comentó esto, las terapeutas le pidieron que actuara como lo hacía habitualmente su pareja; para que una vez hecho esto, se le cuestionara a la paciente como se había sentido, a lo que comentó que creía que su pareja actuaba así porque no le habían enseñado a ser accesible y que con las mujeres debía ser más exigente, comentó que empezaba a entender algunas actitudes diferentes a las de ella, en este caso de su pareja.

También se trabajaron constantemente ejercicios de tensión física puesto que la paciente mencionaba sentirse constantemente tensa, por lo cual se le explicó que era la relajación, así como sus beneficios y aplicaciones, relajándola en varias sesiones y explicándole que ella podía aprender a relajarse sola.

Finalmente, ya que la persona mencionó sentirse segura de querer dejar a su pareja y debido a que se notó mucha inquietud en saber si dejaba o no a la pareja (ya que lo mencionaba constantemente) se trabajó falta de toma de decisiones para que ella pudiese aclararse y tomar una decisión. De este modo, primero se explicó a la paciente que era y en que consistía la toma de decisiones. Después se le hicieron las preguntas señaladas en el objetivo 7.3 de la solución de problemas (ver procedimiento), donde ella respondió que el problema que había señalado implicaba conflictos familiares, que los responsables eran ella y su pareja, que se sentía mal por estar dañando a sus hijos, que la situación estaba provocando rebeldía en la hija mayor, que había pensado en que sería mejor alejarse de su pareja un tiempo, pero que quizá esto afectaría a sus hijos, pero que de no tomar una decisión los más afectados serían los hijos, que la situación comenzó cuando ella entró a trabajar, que debía tomar una decisión ya y que ocurría porque ella y su pareja no se comprendían. Al hacer esto, se le pidió a la paciente que una vez respondidas las cuestiones escribiera las más alternativas posibles que encontrara a su situación, y ella dijo que podía separarse un tiempo de su pareja, dejarlo definitivamente o continuar con él mientras ahorra dinero para poder irse y pagar renta en algún lugar; y optó por la última opción debido a que comentó que no le convenía irse por el momento debido a que los hijos estaban en la escuela y de irse podían perder el año escolar, además de que no tenía los recursos económicos para irse a rentar otra casa.

Posteriormente, la paciente mencionó que no podía seguir asistiendo a terapia puesto que tenía que ampliar su horario de trabajo para juntar dinero más rápido. Al ocurrir esto se le aplicaron nuevamente los inventarios.

En el posttest al responder el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal afirmó que se adaptaba a las exigencias cambiantes del compañero, y que su peso se afectó. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal, respondió que tenía miedo del compañero, que sentía mucha rabia en ocasiones. Al responder el inventario de conductas negativas del cónyuge contestó que él insistía en controlarla, que era crítico, cambiante de seductor a déspota, realizaba comentarios despectivos de las mujeres y de ella, la castigaba dejando de darle contacto sexual, afirmó que el esposo proyectaba en ella y en otros sus fallas, desvalorizaba las opiniones de la esposa, la acusaba de ser demasiado sensible,

era demasiado celoso y competidor hasta de los hijos, insistía en que ella renunciara a cosas importantes para satisfacerlo, criticaba constantemente a personas importantes para ella, restaba importancia a sus logros, le desconsideraba en sus necesidades sexuales, la humillaba frente a otras personas y era encantador ante los demás pero la regañaba cuando estaban solos. Y en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal respondió que tenía palpitaciones cuando gritaba, temblor de manos cuando discutía, disminución del interés sexual (moderado), menstruación dolorosa (leve). A pesar de que el trabajo con esta mujer fue muy poco, es importante tomar en cuenta que al trabajar el modelamiento y ponerse en el lugar de su pareja pudo comprender un poco la actitud de él, y que al trabajar la falta de toma de decisiones pudo darse cuenta de que le convenía quedarse con su pareja un tiempo mientras ahorrraba dinero para irse, además de que ya no hablaba tanto del rencor que sentía hacia su esposo como al inicio del tratamiento, por lo que podemos decir que hubo un cambio en la actitud de la persona, a diferencia de la pareja, (lo cual se observó por medio de las respuestas del pre y postest del inventario de conductas de cónyuge) que no hubo cambios de actitud.

Cuando llegó la fecha de la cita de seguimiento la paciente no se presentó.

MUJER 8

Esta persona llegó al CAM pidiendo orientación y apoyo psicológico debido a que su esposo le decía muchas cosas que le hacían sentir mal. Comentó que también tenía bastante miedo de su pareja y que se consideraba una persona tonta, insegura e inferior, inconforme consigo misma.

Debido a lo que ella dijo del miedo que sentía por su pareja, se consideró que podía formar parte del grupo de mujeres investigadas en este trabajo.

Por tal se procedió a aplicar la entrevista, donde se encontró, que tenía 29 años, 10 años de casada, escolaridad de secundaria, tenía tres hijos, un niño de 9 años y dos niñas de 5 y 7 años. Su esposo era contador privado y tenía 31 años.

En los datos de historia familiar la paciente dijo que conoció a su pareja en donde ella trabajaba (una tienda), tratándose primero como amigos y convirtiéndose después en novios, en una relación que duró 2 años, decidiendo casarse después de este tiempo porque se querían. Al inicio del matrimonio, la relación fue cariñosa, pero después de unos meses comenzó a volverse agresiva. Al año de vivir juntos nació el primero de tres hijos del matrimonio, de los cuales los dos primeros fueron planeados mientras que el último no. Cuando el cónyuge supo que su esposa

estaba embarazada se puso alegre y aceptó la situación, pero ella comentó que debido a que él bebía demasiado, se olvidaba del hijo y no le ponía atención, sucediendo lo mismo con las dos siguientes hijas.

En cuanto a antecedentes de la agresión, la paciente respondió que las agresiones se fueron presentando a los pocos meses de casados, por medio de malas palabras, pequeños golpes y amenazas, presentándose aproximadamente una vez por semana.

Al cuestionarle que pasaba antes de la agresión, ella dijo que el marido se encontraba molesto o bajo los efectos del alcohol. Al momento de presentarse la agresión él le gritaba y rompía o le aventaba lo que encontraba, y en ocasiones la obligaba a tener relaciones sexuales; y al finalizar el episodio de violencia, el esposo se alejaba un momento y después se ponía muy cariñoso. El lugar en el que se presentaban las agresiones era en toda la casa en diferentes horarios (mañana, tarde, noche). Ella comentó que las agresiones se presentaban porque el compañero estaba bajo los efectos del alcohol o molesto y porque era muy machista. En el momento en que ella estaba siendo agredida, no se movía, lloraba y suplicaba, sentía miedo porque creía que podía morir. Además de agredirla a ella, el cónyuge violentaba a los hijos: En una ocasión intervino un cuñado de ella durante la agresión, tratando de calmar al esposo.

También, durante la entrevista la paciente dijo que si seguía teniendo relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas, presentándose cambios en estas, tanto en frecuencia (menos que antes) como en forma (más agresivas), y quien decidía que iban a tener relaciones eran ambos, pero en ocasiones solo él, y a veces la intimidaba para que aceptara.

Por otro lado, en cuanto a las actividades en pareja, ella mencionó que a veces salían de paseo. Solo hablaba con su pareja cuando él estaba un poco bebido pues solo así le hacía caso, ya que de otra manera se negaba. No compartían amistades debido a que a él no le gustaba tener amigos; sin embargo cuando llegaban a tener amistades, cada quien escogía las suyas. Para ella sus vecinos formaban parte de su círculo de amistades, pero casi no los visitaba. A la familia de ella la frecuentaba cada 15 días y tenía una buena relación, mientras que a la familia del esposo no la visitaba porque le daban miedo, debido a que siempre la estaban insultando y menospreciando.

Cuando se le preguntó sobre la economía, ella comentó que se modificó a partir de la situación de maltrato pues la pareja le redujo la cantidad de dinero porque él empezó a gastar más de lo que ganaba, por lo que ella había tratado de buscar trabajar, sin encontrarlo.

Lo que respecta a las consecuencias, las cogniciones eran de odio, que el esposo era insoportable, que sería mejor que él se muriera. Las emociones eran de rencor, desesperación, coraje, miedo. Su conducta era llorar y quedarse callada.

En cuanto a sus hábitos, aumentó el sueño y la alimentación, comenzó a presentar infecciones cardíacas, dolores de cabeza.

Por último en la entrevista, la paciente contestó que no sabía que alternativas tomar ya que se sentía muy desorientada, pues había tratado de hablar con su pareja pero él no escuchaba, obteniendo cambios solo temporales. Sus metas eran mejorar como persona y no mencionó características positivas para salir adelante mencionando que no encontraba nada.

En los inventarios de esta paciente se observó que en el de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) se encontraba disculpándose, tenía cuidado para no molestar a su compañero, lloraba más que de costumbre, reprimía su coraje, buscaba la aprobación de su pareja, había renunciado a sus propios intereses o actividades, frenó su avance educacional, abandonó su aspecto físico, tenía más dificultades para concentrarse, sin embargo, no aceptaba tener la culpa de lo que estaba pasando.

El inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos) eran casi siempre de tristeza, miedo de su compañero, desesperación, rabia, confusión, se sentía dominada por su pareja, culpable, odio por sí misma.

Las conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos) eran que insistía en controlar su vida y pensamientos, la criticaba, la intimidaba, la sometía, hacía comentarios despectivos de ella, la castigaba dejando de darle amor, falta de aprobación y/o contacto sexual. La culpaba a ella u otras personas de lo que sucedía, la insultaba, desvalorizaba sus opiniones, se negaba a hablar de los problemas, la chantajeaba con que renunciara a cosas importantes para ella. La obligaba a tener relaciones sexuales humillándola y desconsiderando las necesidades de ella. Pero contestó que su esposo no era celoso de sus hijos, ni posesivo, sobresaltando que no restaba importancia a los logros de ella, ni tenía aventuras extramaritales.

Y en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos) contestó que presentaba úlcera gástrica, miedo y ansiedad sin causa aparente. Presentaba palpitaciones cuando veía a su suegro, sudoración de manos cada que llegaba su esposo, manos y pies fríos cuando estaba nerviosa, temblor de manos cuando el cónyuge le reclamaba algo, náuseas, mareos e insomnio cada que pensaba en sus problemas. Sentía tenso el lado izquierdo del cuerpo y presentaba taquicardias.

Su proceso terapeutico se inició con la fase educativa, donde ella dijo que se sentia muy insegura y temerosa de su pareja porque (al ver los tipos de maltrato) habia sido violentada emocionalmente no solo por su pareja sino por la familia de él, que tambien a su suegro le tenia mucho miedo. Y que reconocia en ella las consecuencias de tipo psicologico porque se sentia deprimida, insegura, confundida, con ganas a veces de morirse.

Debido a que la paciente durante la entrevista mencionó tener miedo de su pareja y de la familia de él, además de argumentar que se sentia inferior a los demás, se comenzó a trabajar autoafirmaciones negativas. Durante el trabajo terapeutico, la paciente escribió más cosas que le desagradaban como ser temerosa, insegura, que no le gustaba su nariz, ni su pelo, y nada de su aspecto fisico, que le desagradaba el hecho de no arreglarse fisicamente, y que no le gustaba sentirse menos o inferior a los demás; en cuanto a cosas que le gustaban escribió que era comprensiva y de buenos sentimientos, ésto se comentó y la paciente dijo que se sentia muy mal porque creia que no valia nada, por lo que las terapeutas le comentaron que era importante tratar de encontrar más cosas positivas en ella y que era una tarea hacerlo. Posteriormente, las terapeutas le preguntaron a la paciente que nuevas cosas positivas habia encontrado y comentó que solamente el que era muy dedicada al hogar. Se procedió entonces a trabajar el siguiente ejercicio que consistió en entregarle una hoja con la pregunta ¿quién soy? y con los diferentes roles que ella tenia (mujer, madre, esposa, hija, hermana, amiga), en donde como mujer contestó que se comparaba con otras personas, que se sentia mal cuando estaba ante otras personas; que como madre era poco cariñosa pero que le gustaba motivar a sus hijos; como esposa dijo ser comprensiva que apoyaba siempre a su pareja y en ocasiones trataba de ser cariñosa y de complacerlo; como hija mencionó haber sido siempre obediente pero que no era cariñosa y que le costaba trabajo demostrar su cariño hacia sus padres; como hermana dijo que queria a sus hermanos pero que no habia tenido mucha comunicación con ellos; y como amiga dijo que podia dar mucho pero no podia debido a que siempre estaba llena de problemas. Esto se comentó reafirmandole a la paciente las cosas positivas que habia escrito en el ejercicio. Se trabajo el ejercicio del árbol y la paciente escribió que las personas importantes eran sus padres y sus hijos, las cosas positivas eran tener buenos sentimientos, ser dedicada al hogar, no ser egoista, que le gustaba aprender cosas nuevas y que era comprensiva, teniendo como frutos la educacion de sus hijos; y sus metas eran mejorar el futuro de sus hijos y superarse como persona, a lo que las terapeutas reforzaron las cosas positivas que habia escrito, y se reafirmó la importancia de lograr sus metas para tener mayor bienestar.

Posteriormente se trabajó manejo de ansiedad ya que la paciente habia comentado tener

mucho miedo de su pareja y de la familia de él. Se le pidió por tal que realizara su jerarquía de situaciones que le causaban miedo, a lo que ella escribió: no tener una casa, que sus hijos salieran a la calle solos, hacer enojar a sus padres, que sus hijos se enojaran con sus primos, no encontrar trabajo, ver a la familia de su esposo, que su esposo llegara, lo que pasaría con la educación de los hijos, que el esposo le reclamara si los hijos salían mal en sus calificaciones, protestar por lo que no le gustaba. Al jerarquizar las situaciones, las acomodó de la siguiente forma: que llegara su esposo, no encontrar trabajo, que pasaría con la educación de sus hijos, no tener una casa, ver a la familia de su esposo, que sus hijos se pelearan con los primos, que sus hijos salieran solos, que el esposo le reclamara si los hijos sacaban malas calificaciones, protestar por lo que no le gustaba.

En la lista de cosas que le hacían sentir tranquila escribió: mejorar como persona, aprender corte y tejido, convivir con los demás, salir a pasear al campo, ir a fiestas, tener su casa y hacer lo posible por ser mejor madre, escuchar música, que sus hijos no le tuvieran miedo y confiaran en ella, organizar fiestas, darles mejor educación a sus hijos. Y al jerarquizar la lista quedó de la siguiente manera: salir a pasear al campo, escuchar música, aprender corte y tejido, tener casa y hacer lo posible por ser mejor madre, mejorar como persona, darles mejor educación a sus hijos, convivir con los demás, asistir a fiestas, organizar fiestas, que sus hijos no le tuvieran miedo y confiaran en ella.

Al trabajar la primer situación que había escrito en su jerarquía, relajándola primeramente y pidiéndole después que imaginara la situación en que llegaba su esposo se le dijo que recordara y sintiera el miedo que siempre se presentaba ante esa situación, a lo que la paciente comenzó a llorar pero permanecía quieta; posteriormente se le pidió que se tranquilizara, pero como se vio que ella seguía llorando, se le pidió que respirara profundamente y que relajara sus músculos, con lo que la paciente dejó de llorar. Al finalizar el ejercicio la persona comentó que había sentido mucho miedo al imaginar la situación y que sintió como si realmente estuviera viviendo lo que imaginó, pero que a diferencia de las ocasiones verdícas, en esta caso había podido llorar y no tuvo que aguantarse para que sus hijos no la vieran y le preguntaran que tenía, y que le costó trabajo relajarse pero que poco a poco aunque no por completo logró disminuir su miedo. A esto se le retroalimentó sobre la importancia y posibilidad de manejar el sentimiento de ansiedad.

Solamente se trabajó una sesión de manejo de ansiedad debido a que la paciente dejó de asistir a las sesiones sin avisar.

En este caso, a pesar de que la paciente ya no regresó, y por lo tanto no se cumplieron las metas establecidas, es importante señalar que mínimamente conoció la alternativa de poder

relajarse ante situaciones que causaran tensión, y reconoció aspectos positivos de su persona a través de los ejercicios de autoafirmaciones negativas.

MUJER 9

Esta persona llegó al CAM en compañía de su pareja buscando ayuda psicológica para ambos, puesto que comentaron que tenían muchos conflictos en su relación (dijeron que había muchas discusiones e incluso golpes). Una vez que la pareja habló en general de su situación, se les dio cita a cada uno por separado, canalizando al esposo con otra psicóloga

La mujer tenía 29 años, estaba casada desde hacía 10 años, su escolaridad era de secundaria, se dedicaba al hogar, tenía dos hijas, una de 9 años y otra de 3 años. Su pareja tenía 34 años de edad y era obrero.

Debido a que la mujer comentó que tenía muchos conflictos de pareja e incluso se habló de maltrato físico desde la primera vez que llegó al CAM junto con su cónyuge, se consideró que podía formar parte del grupo de investigación.

Al aplicar la entrevista, se encontró que ella conoció a su pareja en una reunión familiar, sin embargo, es importante resaltar que entre la paciente y su pareja nunca existió una relación de noviazgo, sino que ella decidió casarse debido a las insistencias de él y por salirse de su casa donde tenía muchas diferencias con su madre. La paciente argumentó que la relación de pareja desde el principio fue muy agresiva. El nacimiento de las 2 hijas que tuvo la pareja no fue planeado y cuando ella se embarazó, el cónyuge la golpeaba. Posteriormente, cuando las hijas nacieron, ella y su pareja compartían obligaciones y decisiones respecto a las hijas, pero a pesar de esto, la relación se mantenía violenta.

Las agresiones de la pareja comenzaron a los 8 días de vivir juntos, por medio de malas palabras que se presentaban con mucha frecuencia. En cuanto a lo que ocurría antes de la agresión era que el esposo se enojaba; al momento de presentarse el maltrato él le gritaba, le aventaba objetos, para que después del episodio violento el esposo tomara una actitud cariñosa. Las agresiones ocurrían en cualquier parte de la casa, y el esposo además de maltratarla a ella, agredía también a sus hijas y familiares. Los malos tratos se presentaban debido a (versión de la paciente) que su pareja se enojaba con mucha facilidad. Ella comentó que cuando estaba siendo agredida también peleaba y gritaba, a la vez que pensaba y deseaba no volver a verlo.

A pesar del maltrato, la pareja seguía manteniendo relaciones sexuales, porque el la amenazaba. Por tal, ella perdió interés en las relaciones sexuales y la frecuencia disminuyó, siendo el esposo quien decidía cuando iban a tener relaciones sexuales.

La paciente si realizaba actividades con su pareja aproximadamente una vez por semana, pero casi no platicaba con el. No tenían amistades porque el era muy celoso y no le gustaba tener amigos, impidiéndole a ella que los tuviera. A los familiares solo los visitaban una vez al año. Y ella comentó que tenía problemas para relacionarse con las personas, porque tenía que pedir autorización a la pareja y éste no le permitía hablar con la gente.

En lo que respecta a la economía, ella comentó que siempre había sido muy irregular, por lo que ella en algún momento buscó trabajo, cabe señalar que en el tiempo en que se realizó la entrevista, ella se encontraba estudiando una carrera técnica por lo que no podía trabajar.

Las consecuencias del Maltrato Conyugal fueron en cuanto a pensamientos que ella quería morirse, no aguantaba, tenía que cuidar a sus hijas, que la vida solo era dolor, que ella era muy débil, quería que el esposo fuera su amigo, se cuestionaba ¿por qué soy así?, pensaba en irse de la casa y en regresar con su mamá. Sus sentimientos eran de tristeza, coraje, soledad, amargura, desesperación, impotencia, inestabilidad. Su conducta era llorar, gritar, enfermarse.

A partir de la relación de maltrato la paciente comenzó a presentar insomnio, cansancio, náuseas, falta de apetito. Por tal motivo ella dijo que asistía al médico cada 6 meses.

En cuanto a alternativas a su situación maltratante, ella había intentado hablar con su pareja pero se sentía impotente, con dolores por todo el cuerpo, motivo que le impedía tomar otra determinación.

Sus metas dentro de la terapia eran el encontrar alivio a todas sus enfermedades, encontrando como característica el sentimiento de disposición a cambiar y a sentirse mejor.

Al aplicar el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos) se observó que la paciente se encontraba disculpándose a cada momento, dispuesta a aceptar la culpa de todo lo que le pasaba en la relación, trataba de no molestar ni hacer enojar a su pareja, reprimiendo su coraje, renunciando a deseos y pensamientos propios, respondió estar abandonándose físicamente, adelgazando y haber restado atención a sus actividades. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos) ella respondió estar siempre triste y con miedo de su compañero, se sentía desesperada y abrumada, confundida, con rabia, frustración, odio a sí misma.

Las conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos) eran: totalmente dominante, crítica, la amenazaba y humillaba, desvalorizaba sus opiniones, se negaba a hablar de los problemas, se ponía celoso hasta de las hijas, insistía para que renunciara a cosas valiosas para ella, criticaba a las personas importantes para ella, la obligaba a tener relaciones sexuales que eran desagradables para ella y no la consideraba en este aspecto. Sin embargo, ella respondió que su cónyuge no tenía relaciones extramaritales.

En la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos) la paciente respondió presentar los siguientes síntomas: hipertensión arterial, gastritis, dolores de espalda, frigidez, miedo y ansiedad sin causa aparente, sudoración de manos cuando se enojaba, manos y pies fríos un día después de tener un disgusto, temblor de manos cuando el esposo la agredía, frío sin correlación con la temperatura cuando no dormía bien, cansancio dependiendo de las mortificaciones que tenía, náuseas cuando dejaba de comer o dormir, insomnio cuando tenía alguna preocupación, se encontraba tomando medicamento para poder dormir. Además presentaba leves dolores de estómago y abdominales, presión baja, ligera pérdida de peso, trastornos intestinales, menstruación dolorosa, mareos, infecciones genitourinarias, dolores del aparato genital, moderada disminución de energía y grave disminución del interés sexual.

Posteriormente, al dársele la fase educativa, ella confirmó verbalmente estar viviendo situaciones de maltrato conyugal, pues dijo identificarse con lo que se le explicó.

Debido a que la paciente durante la entrevista y los inventarios dijo estar insegura e insatisfecha consigo misma se procedió a iniciar el trabajo terapéutico con autoafirmaciones negativas. Al pedirle a la persona que escribiera las cosas positivas y negativas, se encontró que en las cosas negativas escribió que siempre estaba enferma, que estaba triste, que era cobarde, que no era cariñosa, era tímida, y que no convivía con la gente; mientras que del lado de las cosas positivas escribió que era amable y responsable, debido a esto, las terapeutas reforzaron la idea de que era importante comenzar a encontrar este tipo de características en su persona para que comenzara a valorarse desde el punto de vista positivo, dejándole como tarea que pensara más cosas positivas de ella. Al entregarle a la paciente la hoja con la pregunta ¿quién soy? y con las palabras: persona, madre, esposa, hija, estudiante (que eran los roles que desempeñaba) ella respondió que como persona era débil, cobarde, que ya no servía para nada; como madre dijo que quería a sus hijas pero que debido a sus enfermedades no podía demostrarles que las quería; como esposa dijo que no era cariñosa y que quisiera ser de otra manera pero que el esposo no la dejaba; como hija escribió que había tratado de ser buena pero que no lo había logrado; y como

estudiante anotó que no era buena estudiante porque con sus enfermedades no podía rendir mucho. Cabe señalar que cuando se le pidió a la paciente que leyera lo que había escrito, esta se soltó en un llanto incontrolable, lamentándose y diciendo que no servía para nada, por lo que las terapeutas tuvieron que hacer una intervención en crisis para controlar a la paciente, y fue hasta que la persona logró tranquilizarse cuando se dio por terminado ese ejercicio. Al realizar el ejercicio del árbol, la mujer escribió en personas importantes a sus hijas y a su madre, en sus características positivas escribió que era amable, respetuosa, responsable, que le gustaba estudiar y trabajar y que hacía bien sus quehaceres del hogar, en sus frutos escribió que tener a sus hijas había sido un fruto, así como el estar estudiando, y en cuanto a sus metas eran el ser buena madre, esposa y persona.

Posteriormente se trabajó inasertividad ya que la paciente comentaba que no podía decirle a su pareja lo que pensaba o lo que le molestaba; de este modo se le explicó lo que era la asertividad, así como la diferencia entre las respuestas y actitudes asertivas y no asertivas, además de esto, se le siguió reforzando a la paciente la idea de aceptarse y encontrar características positivas en sí misma. Al preguntarle cuáles eran las situaciones en las que no podía expresarse ante su pareja, respondió que lo referente al aspecto sexual, ya que a ella le molestaba mucho que su pareja solo se la pasara hablando de sexo. Cuando la paciente actuó como en las situaciones que le molestaban y al observar su conducta ante esto se le pidió que dijera algunas formas asertivas en que podía cambiar su conducta, a lo que ella argumentó que podía ser pidiéndole a su esposo que no hablara tanto del tema sexual porque ella se sentía mal y se le dejó de tarea que tratara de adoptar esta actitud en las situaciones reales y que experimentara como se sentía al hacerlo. Al comentarlo argumentó que le había costado trabajo actuar como lo había hecho en la sesión anterior, pero lo logró en una ocasión y se sintió bien. Después de esto, la paciente comentó que ya se sentía mucho mejor como persona y en su relación de pareja, ya que debido a su cambio de actitud, los conflictos con su pareja disminuyeron, por lo que decidió dejar de ir a la terapia, finalizándose con la nueva aplicación de los inventarios.

Al aplicar el posttest se encontró que en el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal respondió que tenía que ensayar lo que hablaba ante su compañero, que continuamente estaba pensando conseguir la aprobación del compañero, que renunció a intereses importantes para sí misma, que abandonó opiniones, ideas, esperanzas que le caracterizaban, y que se había afectado su peso. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal dijo que sentía miedo de su compañero. En el inventario de conductas negativas del cónyuge respondió que el esposo hacía comentarios despectivos de las mujeres y de ella,

hechaba la culpa a alguien de sus fracasos, que era demasiado celoso. Y en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal contestó que tenía gastritis, temblor de manos cuando se enojaba, dolor de cabeza (leve), disminución del interés sexual (moderado), infecciones genitourinarias (leve), menstruación dolorosa (leve).

Podemos decir entonces que los logros alcanzados con esta persona fueron grandes debido a que en el pre y postest se percibe una gran diferencia en cuanto a sus respuestas, por tanto podemos decir que sí hubo un cambio, no solo en la mujer sino en su pareja, pero cabe señalar que el esposo también estuvo asistiendo a terapia el mismo tiempo que ella.

En su sesión de seguimiento la paciente dijo que de vez en cuando seguía discutiendo con su pareja pero que ahora podían controlar más sus emociones sin tener que llegar a las ofensas ni a los golpes, y que ella en lo personal se seguía sintiendo menos enferma.

MUJER 10

La paciente llegó al CAM solicitando asesoría psicológica puesto que no sabía que hacer con su situación ya que tres semanas antes se había separado de su pareja debido a que este la golpeaba, pero dijo sentirse confundida porque era la segunda pareja que la golpeaba, y que ella no se explicaba porque.

La paciente tenía 28 años de edad, su estado civil era divorciada, era estilista, tenía un hijo de 4 años; su pareja tenía 26 años de edad y era empleado.

De este modo se procedió a aplicar la entrevista en la que se encontró que ella había conocido a su segunda pareja cuando era dueña de una estética. Al inicio de la relación con él, la situación fue cariñosa, comprensiva, mantuvieron un noviazgo de 8 meses y decidieron vivir juntos después de este tiempo porque se querían, y al comenzar a vivir juntos, ella vendió su estética y juntos pusieron una tienda de abarrotes para mantenerse.

Ella comentó que los problemas empezaron cuando un hijo que ella tenía de su antigua relación fue a vivir con la pareja cuando tenían un mes de vivir juntos; por este motivo la violencia comenzó a presentarse e intensificarse por medio de gritos, humillaciones y exigencias dentro del rendimiento de ella en la atención de la tienda. Cuando se presentaban las situaciones de maltrato empezaban discutiendo por el hijo de ella, por el dinero o por el negocio.

La paciente mencionó que consideraba que los malos maltratos se presentaban debido a que ella mostraba desacuerdo en lo que el cónyuge hacía. Al presentarse la agresión ella aventaba

objetos o golpeaba a su pareja para defenderse, sintiendo coraje y tristeza, y al finalizar la agresión la pareja la buscaba con una actitud cariñosa. Comentó que nadie se metía cuando discutían o se agredían.

En cuanto a las relaciones sexuales, ella decidió dejar de tenerlas a partir de que abandonó a su pareja, pero es importante mencionar que en el tiempo en que ella mantuvo vida sexual con él, en ocasiones la obligaba a tenerlas, hasta el grado de amarrarla y quererle introducir objetos en la vagina.

Debido a la separación, no mantenía una relación de convivencia en pareja.

Al no querer continuar con la relación de pareja violenta, ella optó por abandonar a su cónyuge y volver a vivir con su familia (padres, hermanos e hijo), con la cual no mantenía muy buena relación porque se molestaron de que ella regresara.

Lo que respecta a amistades personales, lo que ella optaba por hacer era relacionarse con las madres de los compañeros de escuela de su hijo, con las que cada 15 días se reunía. Sin embargo, a pesar de que sus amistades continuaban, disminuyó en parte el número de amigos.

En el momento en que ella abandonó a su pareja, su situación económica varió debido a que al vender la estética e irse del lado de su pareja, dejó la tienda en manos de él y solo estaba viviendo de la pensión alimenticia que él le otorgaba, lo que la llevó a pensar en volver a trabajar dentro de una estética.

Ahora bien, en cuanto a las consecuencias que el Maltrato Conyugal le había provocado, la paciente comentó haber tenido pensamientos de que era injusto lo que le estaba pasando, que no debía continuar y que tenía que hacer algo por cambiar su situación. Al presentarse las situaciones de maltrato, ella se sentía triste, sola y deprimida, mientras conductualmente cuando estaba siendo agredida por su cónyuge le decía que se calmara, pero a veces se quedaba callada, le decía que porque la trataba así, que ya no le dijera tantas cosas, le echaba en cara que él también había tenido errores, que nadie era perfecto e incluso llegaba ella a decirle a su pareja palabras antisonantes.

Al cuestionar a la mujer sobre sus hábitos conductuales, respondió que había comenzado a comer mejor desde que dejó a su pareja, pero que fumaba más, que ingería pastillas para el dolor de espalda, comentando además que antes de vivir maltrato no tenía síntomas de enfermedades o malestares, los cuales se incrementaron al comenzar la situación de maltrato (dolores de cabeza, problemas de riñón).

Finalmente, en cuanto a las alternativas o intentos de solución, la paciente deseaba superar lo que había pasado en sus dos relaciones de pareja. Mencionó que había deseado divorciarse e irse a provincia sin obtener buenos resultados.

Y por lo tanto, la paciente mencionó que deseaba estar en tratamiento psicológico para obtener seguridad y sentirse bien consigo misma.

Por otra parte, al aplicar los inventarios, se complementó la información encontrada en la entrevista, descubriéndose que en las conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 1 ver anexos), se observó que se comportaba de modo que trataba de no molestar a su pareja, se encontraba disculpándose, había abandonado sus intereses y actividades, frenando su avance personal; sin embargo es importante resaltar que esta persona fue la única que contestó negativamente un mayor número de respuestas del inventario de conductas propias, ya que no estaba dispuesta a aceptar la culpa de todo lo que pasaba en su relación de pareja, no lloraba más que de costumbre, no reprimía su coraje, no se abandonó físicamente, no tuvo cambios en su peso ni perdió concentración en sus actividades. En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 2 ver anexos) se encontró que aunque respondió no sentirse triste si tenía miedo de su compañero y se sentía desesperada, con rabia, frustrada, dominada, confundida, pero no sentía rencor hacia si misma.

En las conductas negativas del cónyuge (fig. 3 ver anexos) respondió que su pareja quería mantener el control de su vida, que la criticaba, la intimidaba, la sometía, le echaba la culpa a ella u otras personas de sus fracasos, la insultaba, desvalorizaba sus sentimientos, la acusaba de ser demasiado sensible, la confundía, era celoso del hijo de ella, posesivo, restaba importancia a sus logros, la humillaba sexualmente y no consideraba sus necesidades o gustos en el aspecto sexual, pero por el contrario la pareja no hacía comentarios despectivos de las mujeres o de ella, no le castigaba con falta de amor, no la obligaba a renunciar a cosas valiosas para ella, ni criticaba a personas importantes para ella.

Finalmente, en la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal (fig. 4 y 5 ver anexos) se encontró que la paciente experimentaba miedo y ansiedad sin causa aparente, palpitaciones cuando él le gritaba, sudoración de manos cuando su compañero empezaba a humillarla, escuchaba el latido de su corazón cuando su pareja estaba a punto de llegar, temblor de manos cuando sentía coraje, dolores de cabeza cada que pensaba en sus problemas de pareja, sensación de cansancio, náuseas y mareos cuando tenía coraje, además presentaba disminución de interés sexual.

Posteriormente, se procedió a trabajar autoafirmaciones negativas debido a que ella decía sentirse insegura; de este modo, al escribir sus defectos y sus virtudes, se encontró que en defectos escribió que era muy indecisa y en sus aspectos positivos anotó que era buena madre, amistosa, responsable y que le gustaba luchar, siendo notorio que escribió más cosas positivas que negativas.

En la siguiente cita la paciente dejó de asistir sin avisar la razón, por lo que no se pudo continuar con el tratamiento.

En esta ocasión cabe señalar que solo se trabajó una sesión con la mujer por lo tanto, no se pudo obtener ningún cambio en su persona ni en su situación.

6.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados, el análisis se presenta de la siguiente manera: análisis de respuestas en la entrevista, análisis de los inventarios (pretest-postest), áreas problema intervenidas, orden de aplicación de las técnicas, duración de la intervención, permanencia y deserción durante el tratamiento, efectos del tratamiento y seguimiento.

6.3.1 ENTREVISTA

DATOS DEMOGRÁFICOS

Comenzando con la entrevista, dentro de esta, en el apartado de datos demográficos se encontró que la mayoría de las mujeres maltratadas estaban entre los 25 y 30 años de edad, con esto no se quiere decir que éste sea el único rango de edad en el que las mujeres pueden comenzar en el ciclo de violencia, pero es el rango en el que las mujeres por varias razones, suelen percatarse de que están siendo agredidas por su pareja, debido a que se dan cuenta después de un tiempo de maltrato que esa situación no es normal dentro de la pareja y esto las impulsa a buscar apoyo. En el estado civil, 7 de las 10 mujeres eran casadas y las restantes vivían en unión libre, esto refleja que el estado civil no es determinante para que se presente el maltrato conyugal, sin embargo, se puede pensar que las mujeres que viven en unión libre no tendrían porque soportar la situación de maltrato ya que no hay ningún lazo legal con el cónyuge, pero continúan manteniendo este tipo de relación por el desconocimiento de sus derechos y obligaciones legales ante la pareja, así como otros factores que en muchos casos son los hijos, la opinión de la gente, el miedo a la soledad, la economía, o simplemente el miedo hacia el cónyuge. El hablar del tiempo de unión o matrimonio, la mayoría de las mujeres tenían de 6 a 15 años de vida en pareja, esto indica que en este periodo de vida en pareja es cuando más suele agudizarse el maltrato, lo dicho puede relacionarse con el rango de edad encontrado en las mujeres.

En lo que respecta a la religión se encontró que 9 de las mujeres intervenidas manifestaron ser católicas, y sólo una de ellas pertenecía a otra religión (Cristiana bautista), con lo cual no se puede afirmar que las mujeres de otras religiones no sean agredidas.

Es relevante notar que 4 de las mujeres tenían estudios de bachillerato, 3 tenían secundaria terminada, 1 terminó la primaria, 1 tenía carrera técnica, e inclusive 1 de ellas era

profesionista (química-laboratorista); todo esto reafirma que la situación de maltrato puede llegar a afectar a todo el nivel académico en la población de mujeres, pero esto resulta contradictorio al hablar de la ocupación de ellas, ya que la tendencia del maltrato se inclinó hacia las amas de casa (9 de las 10 mujeres), pudiendo observar que solo en uno de los casos se encontró que la mujer trabajaba como empleada, información aunada a la del cuadro 6 nos muestra la diferencia entre las mujeres amas de casa y la que trabajaba, aunque se puede decir que debido a que fue muy poca la población investigada no se encontraron más rubros de ocupación de la mujer, sin embargo resalta la gran diferencia en la ocupación de estas mujeres. Esto se ve relacionado con los resultados del quien aportaba el ingreso económico en el hogar, puesto que en 9 de los 10 casos era el hombre el único que aportaba dinero, lo cual concuerda con el cuadro 6 en donde se notó que 9 de las mujeres eran amas de casa y solo una de ellas colaboraba económicamente con la pareja. En relación a esto, al indagar sobre el ingreso económico familiar, se notó que el mayor porcentaje (40%) vivían con una cantidad que se encontraba entre 100 y 500 pesos mensuales, el 30% entre 600 y 1000 y otro 30% entre 1100 y 1500 pesos mensuales, pudiendo decir que esto va relacionado con el nivel socioeconómico, indicándose que casi todas las mujeres intervenidas pertenecían a nivel social bajo y medio, pero cabe señalar que esto no indica que sean los únicos niveles sociales en los que se presenta el maltrato conyugal, sino que pudo influir el lugar donde se aplicó el tratamiento (CAM) para que solo llegaran mujeres de estos niveles socioeconómicos. Lo anterior nos permite ver como a pesar de que una de las mujeres trabajaba y participaba en la economía familiar, no implicaba un factor determinante para la independización de ella ni terminar con su situación de maltrato, debido a los aspectos sociales, culturales y familiares que intervenían en la mujer.

En lo que respecta al número de hijos, todas las mujeres tuvieron de 1 a 3, aspecto que es relevante porque se puede hablar de una concientización en la planificación familiar o bien no tuvieron más hijos debido a la situación de pareja que estaban viviendo.

HISTORIA FAMILIAR

Pasando ahora al aspecto de historia familiar dentro de la entrevista inicial (aclarando que esto se refiere a la familia que conforma con su pareja e hijos, no a la progenitora), se encontró que a sus parejas de esos momentos dos de las mujeres la conocieron en la niñez, dos en la escuela (una en el bachillerato y otra en el primer año de nivel superior), mientras que tres conocieron al esposo en una fiesta y tres más en el trabajo siendo él su compañero, esto refleja que los antes

mencionados son los medios más comunes de enlace con otras personas (tanto amistades como parejas) al menos en los niveles sociales medio y bajo. La relación que se dio a partir de que conocieron a la pareja fue de "amistad" en 9 de los 10 casos, definiéndola las mujeres como "buena", es decir, saltan, compartían actividades, se comprendían y comenzaron a surgir sentimientos de aprecio (carinho), solo una de ellas respondió que no convivía con su pareja (más adelante se aclara esta respuesta), se puede decir por lo tanto que tal vez por la situación de compañerismo y/o amistad no les representaba ningún compromiso ante la otra persona ya que al no convivir las 24 horas del día no se presentaban discusiones, además de que empezaban a conocerse y eso implicaba dar a la otra persona una "buena imagen".

Lo que respecta al establecimiento de una relación de noviazgo, la "declaración" se hizo en un lugar público como: paseando, en el cine, en un estacionamiento o en la calle (8 de las mujeres), en uno de los casos el hombre fue a pedir permiso a los padres de ella el poder ser novios y en otro caso la mujer contestó que nunca fueron novios. Algo relevante en referencia a la duración del noviazgo fue que la mayoría (4 mujeres) duraron solo 8 meses, dos de ellas duraron 2 años y las tres restantes 1 año 11 meses, 1 año 7 meses y 10 meses, sin dejar de recordar que una de ellas nunca mantuvo un noviazgo, notándose con esto que el tiempo de noviazgo no fue muy largo, con lo que se puede decir que al unirse como pareja, los cónyuges no se conocían lo suficiente. En los motivos por los que decidieron casarse o vivir juntos 5 de las mujeres se unieron con la pareja por amor, dos de ellas por huir de su casa, entre éstas se encuentra el caso que se mencionó anteriormente de la mujer que dijo no haber sido nunca novia de su pareja, explicando que se casó sin un noviazgo previo solo por salir de la casa de su madre con quien tenía muchos "problemas"; dos de las mujeres se unieron porque querían rehacer su vida, y solamente una de las mujeres se casó por haber quedado embarazada. Estos aspectos nos reflejan que en su mayoría decidieron casarse por amor, por huir del hogar paterno o por miedo a la soledad, debido a las creencias y valores respecto a la soltería, la necesidad de afecto y por tal la baja autoestima. No hay que olvidar que existen las novias maltratadas emocionalmente y en el noviazgo puede comenzar a existir una dependencia ya que ellas piensan que nadie más las va a querer, lo cual probablemente es confundido con amor.

Lo que se refiere al tipo de relación que se dio cuando comenzaron a vivir en pareja se puede decir que la mayoría (en 6 de los casos) se iniciaron con cariño, respeto, comprensión por parte de ambos, sin embargo, de éstas, en dos de las mujeres se encontró que los padres de ambos comenzaron a entrometerse en la pareja recién formada debido a que vivían con ellos. Otras dos de las mujeres comentaron que en un inicio sus parejas las celaban mucho pero las invitaban a salir

y tenían algunos detalles con ellas a pesar de que no las dejaban arreglarse y les limitaban o custodiaban sus salidas. Dos más, de manera tajante respondieron que desde un inicio su relación fue "seca" y agresiva, esto da pie a comentar que de manera sutil y/o pasiva comenzó o se fue reforzando el maltrato emocional y por ende desde un inicio la mayoría comenzaron a vivir un ciclo de violencia.

Pasando al punto del nacimiento de los hijos la mayoría de las mujeres (7 de ellas) decidieron y planearon a sus hijos y las otras tres no, por razones de embarazo no deseado, o por tener problemas para embarazarse y dejar de usar anticonceptivos. Las que planearon el embarazo tenían una estabilidad económica, aunque la mayoría confundió la decisión con el deseo de embarazarse para mejorar la situación de pareja. El tiempo transcurrido entre el nacimiento de los hijos varió en cada una: aunque la mayoría (4 de ellas) tuvieron al primer hijo al año de vivir en pareja, mientras que en las 6 mujeres restantes el tiempo de nacimiento del primer hijo varió entre 10 meses y 5 años de vida en pareja; solo 6 de las mujeres tuvieron más de un hijo, presentándose entre hijo e hijo un tiempo de 1 a 8 años. Las situaciones que se dieron cuando nacieron los hijos en tres de los casos hubo aceptación y alegría por parte del cónyuge, en dos casos todo marchó "bien" hasta que salieron del hospital empezando a presentarse borracheras e infidelidad, y en dos mujeres hubo aceptación hacia el hijo y rechazo hacia la mujer, en otros dos casos hubo golpes durante el embarazo y en una de las parejas se presentó rechazo e indiferencia hacia el hijo. En lo que se refiere al nacimiento de los hijos se entiende que a partir de esto se agudizó más el ciclo de violencia o dio inicio y no solo en cuanto a la pareja sino en algunos casos también los hijos desde pequeños comenzaron a ser violentados emocionalmente. Observándose que en algunas situaciones a partir del nacimiento del primer hijo se comenzó a presentar el maltrato conyugal.

Pasando al punto, en como se dio la relación ya familiar (con los hijos y esposo), se encontró que en 5 casos solo hubo un cambio de casa, dos mujeres dijeron haberse cambiado dos veces una de las mujeres dijo haberse cambiado de casa tres veces, y las dos restantes no se habían cambiado en ninguna ocasión; los motivos encontrados fueron haber rentado un departamento que les fue pedido posteriormente debido a escándalos cuando se embriagaba el cónyuge, se fueron a vivir a una casa propia, problemas con los familiares al darse cuenta de las golpizas ya que al ocurrir esto se metían defendiendo a uno de los cónyuges, y en algunas ocasiones la mujer pedía al compañero que salieran de ahí para ir a vivir a un lugar donde pudieran estar solos y mejorar su relación de pareja, por irse a vivir a provincia un tiempo o bien por vivir con los padres de la mujer mientras pagaban el enganche de una casa. Esto podría entenderse como que la pareja o la familia estaban en búsqueda de establecimiento en un lugar

propio ya que en muchos de los casos vivieron primeramente con la familia de uno de los cónyuges, siendo uno de los factores para que se presentara el ciclo de violencia al acumular tensión por dicha situación, aunado a que también en varios casos al haber durado poco tiempo de novios, los integrantes de la pareja estaban en reconocimiento del otro cónyuge.

En lo que respecta a las actividades a que se dedicaba cada miembro de la familia, se observó que eran muy comunes de una familia tradicional, es decir, el hombre trabajaba, la mujer estaba en casa y los hijos estudiaban. En seis familias, los hijos se dedicaban a otras actividades como hawaiano o boy scouts. En cuanto a las mujeres, una de ellas trabajaba, dos más realizaban actividades recreativas y una hacía aerobics.

Lo que pasaba al inició entre todos los miembros de la familia, era que en ocasiones el cónyuge cumplía con el gasto familiar y salían a pasear, había indiferencia cuando estaba juntos, el marido celaba a la esposa, pero a pesar de eso saltan a reuniones familiares o amistosas, el cónyuge trataba de imponerse a base de gritos y malas palabras para "poner orden y disciplina"; lo cual ocurría en dos casos. En los restantes ocho casos las mujeres respondieron que la relación era indiferente ya que el esposo pocas veces convivía con la esposa y los hijos.

Por último en este apartado de historia familiar al referimos a la relación de pareja se puede observar la presencia de la situación de maltrato de parte del hombre (en los 10 casos), el maltrato comenzó a presentarse de diferentes formas: estaban juntos pero el hombre era indiferente con la esposa, discusiones continuas, malas contestaciones, golpes, agresividad, infidelidad. Tal vez todo esto se toleraba o se pasaba por alto debido a que en los otros aspectos como relación familiar se daba una apariencia de unión y cariño, lo cual llevaba a la mujer a pensar en que la relación iba a cambiar y realmente iban a llegar a ser una familia unida.

ANTECEDENTES DE LA AGRESIÓN

En lo que se refiere al aspecto de antecedentes de la agresión, la mayoría de las mujeres (8) respondieron que después de casadas fue cuando comenzaron a sentirse agredidas por su pareja, en unas solo tuvieron que pasar unos días o meses, mientras que en otras años para que comenzara el ciclo de violencia, sin embargo dos de ellas confesaron que se sintieron agredidas desde el noviazgo; este maltrato se fue presentando de diferentes formas, desde malas palabras, reclamos, amenazas, mentiras, indiferencias, hasta pequeños golpes e infidelidad, tomando en cuenta que la frecuencia de las agresiones verbales era por lo regular diaria. Esto da pauta para ahondar más en el aspecto de características del ataque, mencionando que la violencia física en

especifico se presentaba porque el cónyuge se enojaba por algo que no le parecía dentro de la casa o porque llegaba enojado de la calle, había discusiones y reclamos, además de mencionar que esto también se daba por la falta de dinero, porque el esposo se encontraba bajo los efectos del alcohol, lo cual daba pie a que se presentaran empujones, gritos, malas palabras, jalones. Ya durante la situación de golpes, las mujeres mencionaron que iban desde golpes con las manos, patadas, puñetazos en la cabeza, golpes en todo el cuerpo, golpes con objetos, rompimiento de lo que el cónyuge tuviera a su alcance. El lugar y momento en que ocurría el maltrato se dividió en dos rubros: horario y lugar de la casa, a lo que 6 de las 10 mujeres contestaron que el maltrato se daba en varios lugares de la casa en horario indistinto y las cuatro restantes dijeron que en la recámara y por lo regular en la noche. Las mujeres mencionaron creer que lo anterior se debía al alcoholismo del cónyuge, a la provocación de ellas, por el desacuerdo de él ante lo que la compañera decía, por la presión económica, que el esposo se enojaba con gran facilidad, o simplemente a que el carácter de él era así.

Ahora bien, antes de pasar a lo que ocurría con ellas ante la situación de maltrato es importante resaltar como el ciclo de violencia se va presentando en algunos casos desde el noviazgo claro está sin que las mujeres se dieran cuenta (violencia emocional) o que la mayoría de ellas creyeran que el maltrato comenzó después de casarse porque hasta entonces se presentaron los golpes, señalando también que en todos los casos hubo violencia emocional. En cuanto al porque de la violencia, la respuesta latente en la mayoría de las mujeres se refirió a factores externos como el alcoholismo, el dinero, la actitud de ellas ante la pareja y esto es importante porque solo dos de ellas se asumieron como responsables del maltrato, lo cual puede ser importante porque al no sentirse culpables del maltrato, podía resultar más sencillo que las mujeres se dieran cuenta de que vivían en el ciclo de violencia.

En cuanto a lo que la mujer, hacía, decía y pensaba durante la situación violenta, algo muy importante era que sus respuestas y actitudes ante la violencia fueron cambiando durante el tiempo de la relación ya que en la mayoría de los casos, al principio, las mujeres no se defendían, no se movían, se quedaban paralizadas ante la situación, no hablaban o solo suplicaban y lloraban, pero posteriormente gritaban, se defendían, también golpeaban, gritaban al cónyuge que se fuera de la casa, trataban de calmarlos, contestaban verbalmente, sin embargo, todas mencionaron sentir miedo a recibir un mal golpe o incluso a que el cónyuge las matara, y ellas se preguntaban ¿por qué lo hacía?. Esto permite comentar como también las mujeres aprenden a usar o manejar su propia violencia, aunque en grado diferente, llegando a incrementarla o disminuirla, eliminándose con esto la etiqueta de víctima en la mujer.

En cuanto a las otras personas que el cónyuge agredía se encontró que en todos los casos eran los hijos y en un caso a otros familiares (padres de él), señalando que solo se presentaba hacia estas personas violencia emocional, en cuanto a la intervención de otros durante la situación de maltrato, solamente en un caso uno de los hijos intervino separando a la pareja que se agredía, o bien, los familiares después de las situaciones de maltrato hablaban con los cónyuges tratando de hacerles ver las cosas para que la situación no volviera a presentarse.

Para finalizar este aspecto, podemos mencionar que después del evento de maltrato la respuesta del esposo iba desde pedir disculpas a la pareja, actuar como si nada hubiera pasado, se ponía cariñoso con ella, y en ocasiones dejaban de hablarle para buscarla posteriormente, esperando que ella actuase de manera "normal" deseando tener relaciones sexuales al poco tiempo de la golpiza. En estas respuestas se demuestra como el cónyuge tomaba los episodios de golpes o maltrato como algo muy normal, esperando por lo tanto una respuesta agradable de la mujer aun después de haber sufrido algún daño físico y emocional.

RELACIONES SEXUALES

Por otra parte, en el aspecto de relaciones sexuales, lo encontrado fue que 6 de las 10 mujeres seguían manteniendo relaciones sexuales con la pareja, mientras que 4 de ellas dejaron de tenerlas desde que su pareja las abandonó o desde que comenzaron a ser golpeadas. En los motivos por los que las 6 mujeres seguían teniendo relaciones con el esposo, 2 dijeron que por complacer al cónyuge, 2 porque eran obligadas por la pareja, 1 para evitar problemas y otra más por deseo. Todas coincidieron en que sus relaciones cambiaron tanto en forma (siendo más agresivas y toscas por parte de él) como en frecuencia (la mayoría disminuyeron). Lo cual provocó miedo en tres de ellas, dos mujeres mencionaron que perdieron el interés y una dijo haber perdido la satisfacción. Esto da pauta para mencionar que era el hombre quien decidía cuando se iban a tener las relaciones sexuales (cuatro de las mujeres), y solamente en dos casos respondieron que eran ambos los que decidían tener las relaciones.

Se puede observar que dentro de la población trabajada la violencia sexual se daba de manera pasiva, ya que solo en dos de los casos el hombre las obligaba a tener relaciones por medio de intimidaciones, pero sin llegar al uso de violencia física.

RELACIONES DE PAREJA

En el aspecto de relaciones de pareja, 7 de las mujeres ya no realizaban actividades con su pareja y las 3 restantes solían ir al cine, a centros de espectáculos, ó a algún paseo. Dos de ellas mencionaron hacer esto muy pocas veces (1 vez al mes) y la otra realizaba estas actividades una vez a la semana. Así también en cuanto al hecho de platicar con la pareja, 4 personas mencionaron hacerlo: 2 de manera regular y 2 más muy pocas veces. Lo relevante es que de estas 4 mujeres, 2 dijeron que todavía tenían confianza hacia el cónyuge aunque fuera indiferente ante ellas, una mencionó que solo podía hablar con el esposo cuando estaba alcoholizado y otra más dijo que hablaba con él pero de temas superficiales; mientras que de las 6 que dijeron que no platicaban con el esposo, 2 mencionaron no tenerle confianza, 2 que ya no veían al esposo, una dijo que el cónyuge no la entendía y otra mencionó que no hablaba con el esposo para no dar motivos a una discusión. En lo referente a las amistades de la pareja 6 de las mujeres mencionaron no compartir amistades con el esposo debido a que él no le presentaba a sus amistades, dos mujeres mencionaron que el cónyuge decía que las amistades podían causar problemas y dos más decían que el hombre era muy celoso. Mientras tanto, las 4 mujeres que si compartían amistades con su cónyuge lo hacían porque tenían tiempo de conocer a la gente aunque eran ellos quienes elegían a las amistades de ambos y en cada uno de los dos casos eran ambos quienes elegían las amistades. Todas coincidieron que elegían las amistades por intereses comunes y por ser agradables, aunque la frecuencia en que se visitaban varió, de mucha en un caso, a poca en tres casos.

RELACIONES FAMILIARES

En las relaciones familiares y amistosas se encontró que todas las mujeres continuaban frecuentando a sus familias (solo dos de ellas vivían con sus familias) aunque la frecuencia en que se veían variaba entre meses (en cuatro casos) y en tres mujeres semanas, una de ellas veía a su familia una vez al año. Lo interesante es que en 6 de las mujeres la relación familiar era regular, comentando que había poca comunicación o se mantenían al margen de cada miembro de la familia para no involucrarse en problemas ajenos. Por parte de la relación de las mujeres con la familia del cónyuge, 5 de las mujeres mantenían una relación más estrecha que con su propia familia, quizá porque vivían más cerca de esa familia que de la propia y eso las obligaba a convivir más con ésta, y cinco de las mujeres tenían una relación regular para no meterse en problemas. En cuanto a las amistades personales 8 mujeres afirmaron seguir teniéndolas ya que les daban apoyo, consejos, compartían intereses y eran una forma de distracción, frecuentándolas

casi a diario por ser vecinas o madres de los compañeros de escuela de los hijos, teniendo años de conocerlas, pero lo principal es que su situación no afectó sus relaciones amistosas, sino que por el contrario algunas de las mujeres aumentaron su núcleo de amistades (4 de ellas), y 6 de las mujeres respondieron no tener dificultades para relacionarse con la gente, y no hay que dejar de mencionar que a las que les costaba trabajo relacionarse con personas era principalmente porque les preocupaba que la gente se enterara de su situación. Solamente dos de las mujeres no contaban con amistades personales por el hecho de que al esposo no le gustaba y preferían por tal evitar problemas.

En referencia a la mujer que trabajaba, su situación no afectó su relaciones amistosas dentro del trabajo pero si a ella en cuanto a su trabajo. Es obvio que la situación violenta afectó la economía familiar (en 7 de los casos disminuyó) por lo que la mayoría de las mujeres tenían en mente buscar trabajo.

Por lo anteriormente dicho, se puede notar en referencia a los tipos de relaciones interpersonales de las mujeres, que en su mayoría disminuyeron o desaparecieron y la situación social en cada una de las mujeres se vio afectada en mayor o menor grado, ya que por si solas tenían que enfrentar la situación ante los demás y procurar por todos los medios guardar la imagen de pareja o familia "estable".

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CONYUGAL

Ahora bien, en lo que se refiere a las consecuencias del maltrato conyugal, se encontró que en las cogniciones, las consecuencias eran que las mujeres pensaban: "Quisiera desaparecer, dejar todo e irme, quisiera herirlo, que pudiera estar más preparada intelectualmente, él es insoportable, mejor que se muera, quisiera morirme, no aguanto más, tengo que cuidar a mis hijas, esta vida no tiene más que dolor, soy muy débil, quisieran que mi esposo fuera mi amigo, no toda la gente está sola, ¿por qué soy así?, quisiera tener a mi mamá, irme de la casa, quiero pegarle, él no es quien me trata así, no me quiere, es por el dinero, es por la familia, no lo quiero, nos tenemos que alejar, no tiene que estar la bebé presente, ¿por qué lo hace?, no es justo, esto no tiene que continuar, tengo que hacer algo, soy tonta, estúpida, tarada, no soy inteligente. ¿por que no me defiendo?, no valgo, él no me valora, no le intereso, tiene otra relación, me trata como sirvienta, me utiliza, si el me deja saldria adelante", este enlistado permite ver todo lo que pasaba por la cabeza de las mujeres. lo cual refleja que en su mayoría experimentaban auto crítica destructiva

para consigo misma, desesperación por separarse de la pareja o buscar justificación al acto de maltrato.

Los sentimientos eran: coraje, odio, miedo, tristeza, duda, impotencia, decepción, dolor, angustia, desesperación, rencor, apatía, lastima, desamor, hastio, indiferencia, soledad, depresión, pena, amargura, cansancio. Esto señala como las consecuencias emocionales de la mujer son sentimientos de malestar que es ocasionado por la devaluación emocional que el maltrato provoca en ellas, provocándose sentimientos negativos tanto hacia ellas como hacia la pareja.

Las conductas de las mujeres eran: llorar, tomar un cuchillo, quedarse escuchando, gritar, encerrarse, ponerse a realizar quehacer, regañar a los hijos, golpear, insultar, jalonear, no atender al esposo, aventarle y romper cosas, quedarse callada, oír música, leer, hacer cosas que a él le molestaran, comer, huir. Lo anterior refleja como las conductas de las mujeres llegaban a ponerse en los extremos, o bien se comportaban de manera pasiva por el miedo a sufrir un daño aún mayor, o bien agresivas con el fin de desquitarse su coraje o demostrarle a la pareja que podían defenderse a pesar de los maltratos de él.

Lo que las mujeres solían decir al ser maltratadas era: "poco hombre, maldito, ojalá te mueras, como quisiera que sintieras el dolor que yo siento, largate, ya no me digas tantas cosas, nadie es perfecto, tu también tienes errores, te odio, no vales la pena como hombre, estúpido, tonto, eres un inútil, te voy a dejar", además de recriminar e insultar con palabras antisonantes. Al igual que en las conductas, la reacción de las mujeres al hablar tenía el fin de desquitarse, y también en estos casos las respuestas eran agresivas, notándose como las mujeres trataban de desahogar sus emociones y minimamente tratar de dañar de alguna manera al esposo aunque el maltrato no fuera igual al hecho por el hombre.

Y finalmente, el cambio de conducta y hábitos de las mujeres aumentaron, sobre todo comenzaron con insomnio, dejaron de comer, se sentían más cansadas, comenzaron a presentar enfermedades principalmente digestivas, siendo la constante el dolor de cabeza, y solo una de las mujeres acudió al médico.

Todo lo mencionado anteriormente da pie a reafirmar la necesidad que tienen las mujeres maltratadas por recibir ayuda para salir adelante y/o enfrentar su situación de violencia donde para ellas la solución más frecuente fue la separación o el divorcio, claro sin antes darse la oportunidad de arreglar su vida familiar y de pareja.

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCIÓN

Este apartado indicó la inhabilidad de las mujeres al solucionar y/o enfrentar los problemas así como la dependencia emocional (miedo) que tenían con su cónyuge, ya que era él quien decidía lo que se hacía dentro de la relación de pareja.

6.3.2 INVENTARIOS PRETEST Y POSTEST

Por otra parte, continuando con el análisis de los inventarios tanto en el pretest como en el postest, se puede comenzar diciendo que en el inventario de conductas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal en su parte de pretest, una de las mujeres contestó que su vida estaba basada en el intento de complacer a la pareja para evitar su cólera; 9 mujeres respondieron que habían abandonado sus ideas, actitudes y esperanzas que las caracterizaban y que continuamente disculpaban al cónyuge ante otras personas y ante sí misma; 8 afirmaron adaptarse a las exigencias del esposo, renunciaron a intereses, actividades y personas que eran importantes para ellas, que estaban frenando su avance educacional a la vez que abandonaban su aspecto físico; 7 mujeres dijeron que estaban disculpándose, cuidaban cada una de sus palabras y pedían a los hijos que tuvieran cuidado en no hacer enojar al papá así como que habían engordado o adelgazado en exceso, y 6 de pacientes contestaron que lloraban mucho, reprimían sus sentimientos, prestaban menos atención a lo que hacían, encontraban excusa para no salir de casa y trataban de conseguir más la aprobación del compañero. Mientras que en el postest 5 mujeres afirmaron que seguían engordando o adelgazando en exceso; 2 respondieron seguir frenándose en su avance educacional y 1 de ellas seguía cuidando cada palabra que decía para no sacar al cónyuge de sus casillas, pensaba en conseguir la aprobación del compañero, adaptarse a las exigencias de él, continuaba renunciando a intereses, actividades y personas importantes, así como haber dejado opiniones, ideas, actitudes, esperanzas y sueños que antes la caracterizaban, además de seguir encontrando excusas para no salir de casa; las demás preguntas fueron negadas por todas las mujeres. Esto indica que después del tratamiento sí se presentó un cambio conductual en las mujeres intervenidas debido al trabajo que se realizó en las habilidades para autoafirmarse positivamente, lo cual les ayudó a cambiar algunos comportamientos hacia sí mismas y su pareja.

Es importante resaltar que de las 10 mujeres a las que se les aplicó el pretest, solo 6 de ellas respondieron al postest en éste y en los otros inventarios, puesto que solamente éstas fueron

las que terminaron su tratamiento, lo cual puede ser un factor que haya hecho que las diferencias entre pretest y postest fueran más notorias pues las 4 mujeres restantes desertaron del tratamiento y no se pudo comprobar si realmente lograron mejorar su situación.

En el inventario de emociones negativas de la mujer ante el maltrato conyugal al aplicar el pretest las 10 mujeres contestaron sentirse abrumadas, desesperadas, con rabia en muchas ocasiones y experimentar odio por sí mismas; 9 afirmaron tener miedo al compañero, sentirse confundidas sobre la forma en que el cónyuge esperaba que ellas se condujeran, dominadas por el compañero y como si estuvieran en una trampa; y 7 respondieron estar casi siempre tristes así como sentirse culpables de equivocarse siempre; en cuanto a esta primera parte los resultados manifestaron como las mujeres estaban envueltas dentro del ciclo de violencia ya que su nivel emocional no les permitía encontrar una salida y el rompimiento del ciclo de violencia. A diferencia de esto, en el postest solo 2 de las mujeres contestaron seguir experimentando rabia en muchas ocasiones y sentirse culpables de equivocarse siempre; y nada más 1 afirmó continuar con miedo hacia el compañero, las otras preguntas fueron contestadas negativamente. Esto indica que además de la conducta, las mujeres tuvieron un cambio emocional, lo cual pudo deberse a que ellas encontraron nuevas alternativas de solución a sus situaciones, lo cual les produjo una disminución en sentimientos que les causaban malestar.

En lo que respecta al inventario de conductas negativas del conyuge al aplicar el pretest las 10 mujeres respondieron que el cónyuge era un crítico implacable, proyectaba en ellas u otras personas la culpa de sus faltas, que desvalorizaban sus opiniones, las acusaban de ser muy sensibles o de reaccionar de forma desproporcionada cuando eran atacadas, los hombres se negaban a hablar de los problemas, 9 afirmaron que el cónyuge quería mantener el control sobre ellas, las sometían con sus amenazas, que ellos eran cambiantes, hacían comentarios despectivos de las mujeres y atacaban la manera de ser de la esposa, que la pareja insistía que ellas renunciaran a cosas valiosas, criticaban a personas importantes para las mujeres, desconsideraban necesidades sexuales y humillaban a la mujer frente a otras personas. 8 de ellas respondieron que el cónyuge las intimidaba y restaba importancia a sus logros personales. 7 mujeres contestaron que la pareja era posesivo, así como encantador ante la gente, la regañaba cuando estaban solas y en 6 de los casos el hombre era celoso y competía hasta con los hijos, eran humilladas sexualmente y obligadas a participar en actos sexuales desagradables para la mujer, además de que ellos tenían relaciones extramaritales. Mientras que en el postest 5 de las 6 mujeres dijeron que el cónyuge seguía proyectando en ellas y otros la culpa de sus errores, 4 afirmaron que el esposo seguía siendo crítico, haciendo comentarios despectivos, era celoso, posesivo y era torba

criticaba a las personas importantes para ella. Tres de las mujeres respondieron que el hombre seguía cambiando de seductor a déspota, desvalorizaba las opiniones de ella y la acusaba de ser sensible y desproporcionada. Dos más contestaron que el cónyuge seguía tratando de mantener el control sobre ellas, atacaba la manera de ser de la esposa, restaban importancia a los logros de ellas. Una seguía sintiéndose intimidada por el hombre, dejaba de recibir apoyo y amor cuando algo desagradaba al esposo, éste era competidor de los hijos, deseaba que ella renunciara a lo que era importante, no consideraba a la compañera en el aspecto sexual, era amable y encantador ante la gente, y otra de las mujeres dijo que seguía siendo humillada ante otras personas. En este caso, cabe señalar que se notó un gran cambio entre las respuestas del pre y postest, debido a que tres de las mujeres se separaron de su pareja, y las que volvieron a contestar afirmativamente fue porque continuaban con su cónyuge o mantenían más contacto con él.

Y el último inventario a mencionar es la evaluación de respuestas fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal, en el cual al aplicar el pretest, dentro de la parte de antecedentes patológicos, 5 de las mujeres contestaron sentir miedo y ansiedad sin causa aparente, 3 tenían hipertensión arterial, 2 gastritis, dolor de espalda, contracturas musculares de cuello, úlcera gástrica, frigidez; 1 mujer respondió tener colitis y migraña. En el postest de esta área, solo 2 mujeres dijeron continuar con hipertensión arterial, y una con gastritis, colitis, migraña y úlcera gástrica. En el apartado de reacciones fisiológicas durante el pretest las 10 mujeres respondieron presentar temblor de manos al estar enojadas o con miedo, 9 pacientes presentaban palpitations del corazón ante situaciones de temor, nervios o ansiedad; 8 presentaban sudoración de manos ante diversas situaciones, insomnio; 7 tuvieron sensación de cansancio, dolores musculares y cefalea sin causa aparente; 6 tenían latido de arterias temporales sin causa aparente; 3 presentaron manos y/o pies fríos sin causa aparente, sensación de frío sin relación con la temperatura ambiental y sensaciones de náuseas o mareos; y 2 mujeres tomaban medicamentos, tuvieron pérdida física, cirugía o enfermedad por algún ataque del cónyuge. Ya en el postest 5 mujeres tuvieron cefalea sin causa aparente, 3 contestaron que continuaban con la presencia de manos y/o pies fríos; 2 presentaron temblor de manos cuando estaban enojadas o con miedo y cefalea sin causa aparente; una de las mujeres siguió con presencia de palpitations del corazón ante situaciones de temor, cansancio o dolores musculares sin causa orgánica aparente, continuaba tomando medicamentos y tuvo pérdida física por alguna lesión ocasionada por el esposo; en el resto de las preguntas de este apartado todas las mujeres respondieron de forma negativa.

Y en el último apartado del inventario fisiológico (consecuencias fisiológicas), en el pretest 2 mujeres contestaron que no presentaban dolores de cabeza, 4 dijeron que leve, 3 moderado y 1 grave, y en el posttest 2 mujeres escribieron que no tenía dolor de cabeza y 4 que leve. En taquicardias al contestar el pretest 7 mujeres dijeron que no presentaban y 3 que leve mientras que en el posttest las 6 mujeres contestaron que no. Dolor de estómago en el pretest, 6 de las mujeres contestaron que no y 4 que tenían este malestar de manera leve; y en el posttest las 6 mujeres respondieron que no. En el pretest de dolor abdominal 8 mujeres dijeron que no presentaban y 2 que leve, mientras que en el posttest las 6 dijeron que no. Disminución del interés sexual fue negado en el pretest por 3 mujeres 4 dijeron que moderado y 3 grave; y en el posttest 3 dijeron que no había disminución del interés sexual, 1 leve y 2 moderado. En lo que respecta a la presión alta/baja, al aplicar el pretest 6 mujeres negaron el síntoma, 2 contestaron leve y 2 moderado; y en el posttest 5 mujeres dijeron que no y una leve. Al contestar lo referente a alergias las 10 mujeres contestaron en el pretest que no y en el posttest las 6 volvieron a negarlo. Los tics en el pretest fueron negados por 8 mujeres y 2 respondieron que sí; y en el posttest las 6 mujeres contestaron que no. Pérdida de peso en el pretest fue negado por 4 mujeres, 5 contestaron que leve y 1 grave; y el posttest las 6 mujeres respondieron que no habían bajado de peso. En trastornos intestinales al aplicar el pretest 7 mujeres contestaron que no tenían estos malestares, 2 que leve y 1 grave; y en posttest 5 de las mujeres negaron tener trastornos intestinales y 1 contestó que leve. En menstruación dolorosa 6 mujeres contestaron en el pretest que no, 1 leve, 2 moderado y 1 grave y en el posttest 2 dijeron que no, 3 leve y 1 moderado. Mareos en el pretest 5 pacientes respondieron que no, 4 leve, 1 moderado, mientras que en el posttest 5 contestaron no tener mareos y 1 leve. Infecciones genitourinarias al responder el pretest 8 mujeres dijeron que no y 2 leve, y en el posttest las 6 mujeres dijeron que no. Al preguntar sobre si tenían dolores en el aparato genital, en el pretest 6 mujeres que no, 3 leve y 1 moderado; y en el posttest las 6 dijeron que no. Lo que respecta a artritis, al responder el pretest las 10 mujeres contestaron que no y en el posttest las 6 mujeres dijeron que no. Finalmente, en disminución de energía lo referente al pretest fue que 2 mujeres contestaron que no, 6 leve y 2 moderado, y al aplicar el posttest 3 dijeron que no y 3 que leve.

En estos resultados son notorios los cambios en síntomas somáticos que las mujeres dejaron de experimentar debido a que después del tratamiento recibido ya sabían relajarse, lo cual les ayudó a disminuir o evitar algunos dolores o malestares, además de que al adquirir habilidades nuevas para enfrentar sus situaciones de pareja encontraron también disminución en los síntomas antes presentados, esto indica que al estar más tranquilas, relajadas y seguras de sí mismas,

aunado en algunos casos a que algunas se separaron de la pareja, se logró que las mujeres encontraran un bienestar físico, reforzado con que algunas de las mujeres estuvieron asistiendo al médico.

6.3.3 ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA FASE DE PRETEST

En lo que respecta a la fase de pretest, es posible analizar la situación (emocional, conductual, cognitiva, fisiológica) de cuando las mujeres llegaron a pedir apoyo psicológico, y retomando los datos obtenidos, se puede decir que las mujeres intervenidas vivieron una historia familiar de maltrato ya sea de los padres hacia ellas, tuvieron algún tipo de abuso sexual, o bien hubo violencia entre sus padres, lo cual es uno de los factores que llevó a las mujeres a establecer una relación de pareja maltratante, ya que como ellas mencionaron, pensaron que las relaciones de pareja debían ser como lo vieron en sus casas: llenas de violencia física y emocional.

Es importante mencionar que aunque no todas las mujeres se encontraban viviendo ya en esos momentos maltrato físico (pero todas lo llegaron a vivir en un momento de su relación de pareja), todas continuaban viviendo maltrato emocional, y aunque las situaciones de cada una eran muy diferentes, se encontró una similitud entre éstas, es decir, la población de mujeres maltratadas encuestada demostró someterse y adaptarse a la pareja al actuar en base a lo que el cónyuge les decía ya fuera de forma directa al recibir ordenes o indirectamente al estar condicionadas a gestos, ademanes, miradas, actitudes y conductas de parte del cónyuge, permitiendo que el esposo mantuviera el control de su comportamiento, llegando al extremo de actuar en base a las exigencias de la pareja, intentando complacerlo para evitar su cólera y desaprobación, tratando con ésto de detener la fase 2 del ciclo de violencia (ver capítulo 2), ya que el hombre trataba de someterlas con sus constantes amenazas; al adquirir estas características (sometimiento y adaptación) las mujeres pasaban a ser dependientes del cónyuge ya que a partir de la desvalorización de las opiniones de ella, la manipulación, los insultos, los chantajes, culpándola de todo lo que sucedía, la mujer perdía por completo su propia identidad, experimentando con ésto emociones que estaban reprimidas por no encontrar una forma de desahogo, lo cual se manifestaba en su salud.

Otra característica común en estas mujeres al aplicar y analizar los datos del pretest fue que mantenían la ilusión o esperanza de que el hombre cambiara a partir de situaciones como cambiarse de casa, que reconocieran querer a las mujeres, o que recapacitaran por sus hijos.

Y además ellas permanecían en la relación maltratante por factores como miedo a la soledad, al "que dirán" de la gente, por creerse incapaces de guiar a sus hijos o por el reclamo de éstos ante la desintegración familiar, sintiéndose las mujeres culpables de provocar un divorcio por la ideología aprendida de tener como obligación mantener a la familia unida.

6.3.4 ÁREAS PROBLEMA

Continuando con el orden establecido al inicio del análisis, se mencionan ahora las áreas problema trabajadas, donde se puede decir que en 8 de las 10 mujeres se trabajó autoafirmaciones negativas, debido a que durante la entrevista inicial ellas comentaron sentirse incapaces de cambiar su situación para salir adelante por sí mismas. Al trabajar autoafirmaciones negativas, las mujeres coincidieron en decir que no poseían habilidades o características positivas y en cambio resaltaban sus características negativas. Conforme se trabajó esta área, las mujeres fueron argumentando que encontraron características positivas en su persona. Esto resalta que fue muy necesario trabajar esta área con la mayoría de las mujeres debido a que llegaron al CAM desvalorizándose como personas, además de que después de haber vivido tanto tiempo situaciones de maltrato emocional llegaron a conceptualizarse como tontas e inútiles, pero al encontrar y confirmar que en cada una de ellas había características que les agradaban de sí mismas, lograron redescubrirse y otorgarse valor personal, reforzando en cada una sus autoafirmaciones positivas, ayudando ésto a obtener más seguridad tanto en su persona como en la manera de actuar ante diversas situaciones, y lo anterior lograba observarse en el cambio de sus verbalizaciones y en la conducta no verbal de cada mujer conforme se fueron realizando ejercicios en esta área.

El manejo de tensión física se trabajó con 3 de las mujeres puesto que se sentían ansiosas y con temor ante diversas situaciones de su relación de pareja. Al trabajar esta área se logró que las pacientes tuvieran una opción para aprender a manejar y disminuir su nivel de ansiedad y temor. En esta parte del tratamiento se encontró que antes de conocer esta alternativa las mujeres no tenían forma de canalizar su ansiedad, teniendo como consecuencias dolores e incluso enfermedades; y al poner en práctica estos ejercicios ellas lograron disminuir en parte estos malestares, demostrándose así que el aprender a manejar la ansiedad y el temor, puede favorecerse o mejorarse incluso la salud física y además al sentirse con menos malestares y ansiedad, las mujeres se motivaron más en cuanto a sus capacidades y salud física para enfrentar sus situaciones conflictivas de pareja.

La inasertividad fue otra de las áreas trabajadas, debido a que las mujeres no tenían la habilidad de expresar a su pareja sus opiniones o emociones. El trabajo de inasertividad se aplicó a 4 de las mujeres ya que éstas mencionaron que en muchas ocasiones no se atrevían a hacer peticiones o exigencias al cónyuge. Es así que al aplicar y realizar los diversos ejercicios de inasertividad se le dio a las pacientes la alternativa de encontrar algunas formas para expresarse ante situaciones problemáticas, y con esto se observó que las pacientes lograron mejorar sus habilidades de comunicación en pareja, pudiendo decir que anteriormente ellas no tenían conocimiento de que existían formas de exigir y pedir sin que causaran problemas en su relación de pareja, debido a que su aprendizaje era conformarse a lo que la pareja dijera e impusiera, y al descubrir una nueva alternativa se dieron cuenta que no había necesidad de soportar ni de estar peleando a cada momento, sino que podían encontrar un punto medio que era el dejar de ser inasertivas y volverse asertivas.

El manejo de ansiedad se aplicó a 3 mujeres ya que ellas coincidieron en decir que experimentaban miedo ante diversas situaciones de su relación de pareja, por lo que al trabajar esta área se observó que las mujeres intervenidas en un inicio estaban tan tensas que lloraban y no podían terminar los ejercicios, pero conforme se fueron realizando los ejercicios disminuyeron su nivel de ansiedad. Esta área estuvo asociada con el área de tensión física puesto que también era objetivo de ésta disminuir el nivel de ansiedad y temor por medio de ejercicios de relajación, pero se encontró que a diferencia de la tensión física, en ésta área las mujeres dijeron tener más dificultad para trabajarlo, debido a que aquí las pacientes recordaban situaciones que les eran muy dolorosas o les causaban un alto nivel de temor, y al imaginarlas experimentaban nuevamente los sentimientos vividos ante determinada circunstancia, por lo que fue más difícil trabajar estos ejercicios, pero es importante señalar que cuanto más se trabaje este tipo de ejercicios, es más probable que puedan manejarse de manera exitosa situaciones que parezcan difíciles para la persona.

El modelamiento solamente se trabajó con una de las mujeres debido a que comentó que sentía mucho coraje hacia su pareja y que le molestaba muchas cosas que él hacía. Por lo tanto se trabajó modelamiento para que ella pudiera comprender determinadas situaciones desde otro punto de vista diferente al propio, y con esto ella comentó que nunca se había colocado en el lugar del esposo y por medio de estos ejercicios comenzó a entender en parte a su pareja. Esto señala que esta persona sentía tanto rencor hacia el esposo que nunca se había puesto a analizar la postura de él, así como su manera de pensar y actuar, y esto le ayudó a dar un primer paso para

darse cuenta que la postura de ella no era la única y a explicarse más el porque cada quien actúa de cierta forma.

Finalmente la falta de toma de decisiones se trabajó con 5 de las 10 mujeres de la población y se observó que tres de ellas encontraron que la solución que más les convenía era el separarse de la pareja. Es importante mencionar que probablemente esta decisión se debió a que anterior a ésta área se trabajó con cada una de las mujeres autoafirmaciones negativas, lo cual les ayudó a adquirir más seguridad en sí mismas lo que les llevó a tomar dicha decisión.

Cabe señalar que las ideas irracionales no se trabajaron puesto que las necesidades de la población trabajada no ameritaban el trabajo de ésta área, ya que todas las mujeres estaban con miedo o ansiedad ante la pareja, así como falta de afirmaciones positivas, lo cual implicó trabajar las otras áreas. Pero es importante volver a mencionar que la población trabajada fue poca en comparación con la cantidad real de mujeres maltratadas, por lo que sería necesario trabajar con más mujeres para decidir si es posible o necesario trabajar las ideas irracionales de estas mujeres.

6.3.5 ORDEN DE INTERVENCIÓN EN LAS ÁREAS PROBLEMA

Pasando a otro punto, el orden en el que fueron aplicadas las áreas dentro del tratamiento, varió dependiendo de las necesidades o características de cada paciente, lo cual fue decidido en base a las respuestas que cada una de las personas dio en la entrevista inicial y en los inventarios.

Por ejemplo, en los casos en que se empezó a trabajar autoafirmaciones negativas fue porque las mujeres se expresaban de sí mismas de una manera totalmente devaluada, lo cual se observó como necesario de trabajar en primera instancia ya que mientras las mujeres no reconocieran sus características o virtudes como ser humano, no podrían llegar a ejercer un cambio en la situación que estaban viviendo. Debido a que efectivamente el orden de aplicación varió, otras de las áreas más trabajadas fueron inasertividad, puesto que las mujeres con quienes se trabajó carecían de habilidades para expresarse ante su pareja, pero el trabajo en ésta área reforzado con las autoafirmaciones negativas proporcionaron a la mujer nuevas habilidades de expresión y por tal de mejoría sí no en su relación, al menos en la comunicación personal. El manejo de ansiedad así como tensión física en dos casos no se pudo concluir y por tal no se logró comprobar el efecto de éstas, sin embargo en las mujeres en que se terminó esta área, se observó que disminuyeron su nivel de ansiedad e incluso sus enfermedades, lo cual señala que éstas son favorables para las mujeres maltratadas ya que la mayoría de ellas viven situaciones de mucha tensión, y esto es una opción que funciona en este tipo de población para mejorar sus habilidades

de afrontamiento a situaciones conflictivas. Otra de las áreas más trabajadas por lo regular al final del tratamiento fue la falta de toma de decisiones que ayudó a que las mujeres estando ya más seguras de sí mismas y de su situación pudieran clarificar más las decisiones que podían tomar, pues además de percatarse que estaban viviendo maltrato conyugal, se dieron cuenta que no era indispensable depender de una relación de pareja puesto que contaban con las habilidades necesarias para salir adelante por sí mismas, lo cual señala que al trabajar las otras áreas se reforzó la capacidad para decidir lo que les convenía y mejorar por tal su estilo de vida.

Es importante señalar que las técnicas de modificación de conducta fueron adecuadas a la población trabajada ya que las mujeres maltratadas llegaron con petición de resolver su situación lo antes posible o bien llegaban en crisis emocionales, por lo cual se tuvo que trabajar con las emociones de cada una de ellas pues se observó una necesidad de hablar y desahogar tanto sus experiencias como sus emociones, además de que en varias ocasiones se tuvo que intervenir en crisis y dejar de lado lo establecido para cada sesión con el fin de trabajar lo que en ese momento expresaba la paciente. Esto señala que se presentaron esas características debido a que este tipo de mujeres no tenía oportunidades de platicar con alguien o expresar sus sentimientos, encontrando en la terapia psicológica un espacio para expresarse; y por otro lado, al comprobar que éstas estaban muy dolidas y lastimadas en su autoestima, se trabajó con el objetivo de cada una de las técnicas, que al ser modificadas permitieron realizar el trabajo que de mayor forma beneficiara a las mujeres.

Con esto no se quiere decir que las técnicas de modificación de conducta no sean aplicables a este tipo de población, sino que en un inicio es más necesario trabajar las necesidades y al brindar estas técnicas las oportunidad de modificarse y adecuarse a las características de las personas, permiten trabajar tanto con las emociones como con las cogniciones para posteriormente trabajar las conductas y actitudes.

6.3.6 DURACIÓN Y PERMANENCIA

En lo que respecta a la duración y permanencia, durante la fase de intervención, 4 de las mujeres desertaron, una de ellas solamente asistió a dos sesiones y las otras tres trabajaron aproximadamente de 4 a 6 sesiones, mientras que las 6 mujeres restantes terminaron el tratamiento (cabe señalar que el número promedio de sesiones por persona fue aproximadamente de 20) logrando sus metas propuestas en el inicio de la terapia.

Al hablar de la población que se marchó sin terminar el tratamiento, se pueden mencionar varias causas por las que ellas dejaron de asistir. En muchas ocasiones las mujeres maltratadas desertaron de la terapia debido al temor de que la pareja se enterara que ella estaba asistiendo a terapia pues esto puede provocar el disgusto del cónyuge y por lo tanto más maltrato; la mujer podía ser acusada de "loca" y ser manipulada por ese lado para que abandonara el proceso psicológico; otro factor de abandono al tratamiento era el chantaje de que por asistir a terapia se descuidaban los quehaceres del hogar y el cuidado de los hijos, o probablemente la inseguridad de lograr algún cambio de la situación o en la persona misma.

En el caso de la población con que se trabajó en esta tesis, además de tener la influencia de los factores anteriormente mencionados, aspecto que más provocó deserciones fue que al iniciar el tratamiento, en lugar de obtener cambios que las mujeres pudieran denominar como benéficos, ellas se encontraron con más confusión personal al manejar emociones y pensamientos que nunca antes habían trabajado, y lejos de obtener inmediatamente cambios positivos en la familia y/o la pareja, obtuvieron cambios más agresivos o inestables, lo cual en ocasiones provoca en la gente insatisfacción o desesperación al no lograr rápidamente lo deseado, sin tener en cuenta que el tratamiento psicológico es un proceso en el que los cambios o modificaciones se van percibiendo poco a poco.

Ahora bien, a diferencia de la gente que desertó, las mujeres que continuaron hasta lograr sus metas, duraron aproximadamente 6 meses en tratamiento en sesiones de 1 hora de duración un día a la semana, obteniéndose resultados como la separación de la pareja o el aprendizaje de las habilidades necesarias para manejar la situación de pareja, o que era lo más conveniente de acuerdo a cada paciente cumpliendo con el objetivo de valorarse más y obtener más seguridad en si mismas. Estas personas que permanecieron todo el tratamiento, contaban con más habilidades de tolerancia hacia si mismas y la situación que estaban viviendo, así como con más seguridad en su persona.

6.3.7 ANÁLISIS COMPARATIVO EN LA FASE DE POSTEST

Otro aspecto importante de analizar es que al aplicar el postest a las seis mujeres que terminaron el tratamiento, se encontraron en ellas características semejantes entre sí, como que 3 de ellas tomaron la decisión de separarse de la pareja, mientras que las otras tres pudieron controlar mejor su situación de pareja sin tener que llegar a la separación, ellas eran mujeres que ya no se encontraban viviendo maltrato físico sino emocional, lo cual resultó más fácil de controlar

que las que todavía eran golpeadas, puesto que las que solo vivían maltrato emocional no necesitaban tanto resolver de inmediato su situación de pareja como las que eran golpeadas puesto que éstas necesitaban urgentemente poner un alto a la situación y encontraban más apoyo en el área legal para evitar ser golpeadas, lo cual señala un factor que influyó para la deserción de las mujeres.

A pesar de que de las mujeres solamente una trabajaba, las restantes hacían algún tipo de actividad para obtener recursos económicos, lo cual también fue algo común en ellas ya que de alguna forma remuneraban económicamente en su hogar. Y en relación a esto es importante mencionar que todas las mujeres que se quedaron en el tratamiento eran de clase media, lo cual señala que las mujeres de clase baja renunciaron también al tratamiento porque en ocasiones no tienen dinero para el pasaje y por tal no pueden asistir a la terapia.

Además es importante mencionar que estas mujeres contaban con recursos personales como habilidades con las que ya contaban como persona (valores, creencias), apoyo familiar de padres, hermanos o hijos, también fue importante su medio social, es decir el cómo se relacionaban y desenvolvían con la gente.

Y además todas las parejas de estas mujeres estaban enterados de que ellas asistían a la terapia, e incluso dos de los esposos asistieron también a asesoría psicológica, a diferencia de las que se fueron, pues algunos de los cónyuges de estas mujeres no sabían que ellas asistían a terapia.

Ahora bien, las comparaciones entre pretest y postest de cada una de las personas pueden observarse en las gráficas 1, 2, 3, 4 y 5 (ver anexos) y se perciben las diferencias en cómo llegó cada una de las mujeres y cómo se fueron las que terminaron el tratamiento.

6.3.8 EFECTOS DEL TRATAMIENTO APLICADO

En cuanto a los efectos del tratamiento, los 2 más notorios fueron que las mujeres decidieron separarse o permanecer con la pareja pero con otra actitud.

Esto se debió a que al aplicar el paquete de tratamiento, las mujeres aprendieron a reconocerse, aceptarse y valorarse como personas, dándose cuenta de las capacidades con que contaban para salir adelante, tomando conciencia de que no era necesario o indispensable tener al hombre al lado si no se sentían bien o no podían darse los factores para mantener una relación de pareja estable o benéfica, sintiéndose pues impulsadas a buscar opciones de trabajo, vivienda y

oportunidad de rehacer su vida y que ésto no necesariamente significaba buscar otro hombre, sino brindar otro aspecto a sus actividades personales y/o familiares.

Y por otro lado, las personas que decidieron permanecer con la pareja, al menos adquirieron las habilidades para ver las situaciones desde otro punto de vista, dándose mas oportunidad de decidir, proponer e incluso comprender el punto de vista del conyuge. Permittiéndose con ésto la oportunidad de mantener junta a la familia.

Se puede decir por tal que el tratamiento aplicado si brindó a las mujeres las habilidades necesarias para manejar sus situaciones de maltrato conyugal, ya sea deteniendo la frecuencia del maltrato o alejándose de estas situaciones, por medio de la separación del conyuge.

6.4 SEGUIMIENTO

Finalmente, en cuanto al seguimiento, 6 de las 10 mujeres como ya se menciono anteriormente terminaron el tratamiento, pero de ellas, solo 3 continuaron asistiendo a las sesiones de seguimiento (1 sesión cada 15 días y posteriormente 1 a los 6 meses), reportando verbalmente que su situación de pareja permanecia estable o mejorando, o bien, en caso de separación las mujeres comentaron seguir estables emocionalmente, aunque comentaron en algunos casos que se habian presentado posteriormente situaciones que les provocaban inquietud (conflictos económicos, con los hijos o en el trabajo) pero que no tenian relación con el maltrato conyugal. Esto se dio debido a que las mujeres que se separaron del conyuge no volvieron a vivir situaciones de maltrato, pero con ésto además se comprobó que las habilidades aprendidas durante el tratamiento recibido, no solo fueron utilizadas para resolver su situación conflictiva del momento, sino que realmente les sirvieron y continuaron utilizando de manera generalizada con nuevas situaciones que les causaban conflicto (relaciones con hijos, familiares, en el trabajo, la economía), con lo cual se percataron de la validez de éstas ante los resultados benéficamente obtenidos, ésto les permitió mantener su estabilidad emocional.

Mientras tanto, hubo algunos factores que ocasionaron que las otras tres mujeres no volvieron a las sesiones de seguimiento: olvidaron la fecha de su cita, continuaron sintiéndose estables, al haber entrado a trabajar no tuvieron tiempo para volver a las sesiones o pudo ocurrir también que volvió a presentarse alguna situación de maltrato conyugal y por vergüenza a comentarlo después de haber llevado todo un proceso y un tratamiento psicologico, no quisieron presentarse para evitar tocar el tema. Por lo cual esta alternativa de tratamiento no garantiza que las mujeres continúen involucrándose en una relación maltratante y más en específicos relacionarse

con un hombre violento, pero si nos da la pauta para afirmar que a partir de las habilidades que aprendieron (asertividad, toma de decisiones, solución de problemas, relajación, autoafirmación) enfrenten y solucionen de otra forma sus situaciones conflictivas en cualquier aspecto (familiar, social, de pareja, económico).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Retomando lo expuesto dentro de la parte teórica de este trabajo, podemos confirmar lo mencionado a través de los resultados obtenidos en el tratamiento aplicado, y al haber analizado estos resultados podemos concluir diciendo que efectivamente las Mujeres Maltratadas presentan características comunes (baja autoestima, dependencia económica y/o emocional, miedo, inseguridad para tomar decisiones, entre otros), como las mencionadas por autores como Ferreira (1989), Norwood (1986), Forward (1987), además nos dimos cuenta de la dificultad que se presenta al trabajar con las Mujeres Maltratadas debido a dichas características, pues notamos como no todas terminan el proceso psicológico, y además de las 10 mujeres intervenidas en este trabajo y por experiencia propia de las autoras de esta tesis al trabajar en el Centro de Atención a la Mujer (CAM) atendiendo muchos otros casos de Maltrato Conyugal se comprueba la dificultad de terminar las terapias o procesos psicológicos con este tipo de población debido a situaciones como: amenazas del cónyuge por asistir a terapia, falta de dinero para los pasajes de los transportes colectivos necesarios para llegar al lugar de la terapia, o simplemente por no ver resultados rápidos a su situación.

2 Al trabajar con población de Mujeres Maltratadas es notorio en todas ellas lo que Ferreira (1989) establece como ciclo de violencia y cada fase de este ciclo se percibe claramente en las versiones de las mujeres, pues aunque éstas no sean violentadas física sino emocionalmente, demuestran estar viviendo o haber pasado por cada una de las fases del ciclo, además de que al intervenir a estas mujeres reafirmamos lo establecido también por Ferreira (1989) en cuanto a las coincidencias que existen entre las mujeres maltratadas y los prisioneros de guerra referente al lavado de cerebro, aislamientos, manipulación del guardián, ya que en efecto esta población se comporta ante la pareja como si fuera una prisionera, y todo esto influye también para que el trabajo con estas mujeres en cierta forma se dificulte.

Sin embargo, a pesar de los obstáculos, el tratamiento propuesto en esta tesis es una opción para trabajar con este tipo de población ya que las técnicas basadas en la modificación de conducta proporcionan a la mujer las habilidades conductuales y cognitivas necesarias para enfrentar de forma distinta el Maltrato Conyugal.

Sin embargo, por la experiencia obtenida en el trabajo con Mujeres Maltratadas, nos damos cuenta que se necesita primeramente trabajar con sus emociones e incluso saber manejar intervención en crisis, ya que estas mujeres llegan constantemente en estados de crisis

(entendiendo éste como un desequilibrio emocional intenso) por todo lo que han vivido o porque cuando llegan a pedir el apoyo acaban de vivir la fase dos del ciclo de violencia, lo cual les ocasiona un momento de angustia y desesperación ante la situación de pareja o familiar, o bien ellas llegan con la necesidad de hablar y ser escuchadas, por lo que en ocasiones no se pueden aplicar las técnicas tal como estaban establecidas, teniendo que modificar varias de las sesiones por la necesidad de las pacientes, con el fin de brindarles la oportunidad de expresarse abiertamente. Por este motivo, el tratamiento no pudo aplicarse exactamente igual en todos los casos, ya que además cada caso era diferente y ameritaba ser tratado de forma distinta.

Esto permite observar que el tratamiento terapéutico para Mujeres Maltratadas debe ser lo bastante flexible como para darle a éstas la oportunidad de expresarse ya que las mujeres maltratadas no cuentan con la oportunidad de exponer con su cónyuge o conocidos lo que les molesta o desagrada ya que son amenazadas o criticadas, y por tal en la terapia encuentran una buena opción para exponer sus necesidades y peticiones.

Pero a pesar de la deserción de las mujeres, el tratamiento cognitivo-conductual produjo en las personas que lo continuaron varias modificaciones y alternativas a nivel personal, familiar y social, sobre todo por el hecho de trabajar y reafirmar cuestiones como: autoestima, encontrando más confianza y seguridad en sí mismas; aprender a relajarse, sobre todo en los momentos en que la situación de maltrato se presentaban, lo cual favoreció o ayudó al manejo del conflicto o bien para relajarse muscularmente notando que es posible por medio de esto incluso manejar los síntomas somáticos; buscar soluciones a los diferentes conflictos que se les presentaban, aprendiendo a buscar la mayoría de opciones posibles no solo ante situaciones de Maltrato Conyugal sino ante cualquier situación, pudiendo decir con esto que las Mujeres Maltratadas generalizaron lo trabajado en terapia a otros aspectos de su vida personal, familiar y/o social.

Además se observó que el tratamiento favoreció a las mujeres también en cuestión de habilidades sociales que les permitieron encontrar trabajo o mejorar sus relaciones familiares y/o amistosas, y por medio de los registros y el posttest, aunado a la conducta no verbal de las mujeres, fue notorio el cambio físico en cada una de ellas, comprobando que las áreas trabajadas con las mujeres ayudó a mejorar su vida personal y por lo tanto familiar, y social.

Lo anterior demuestra que las técnicas cognitivo-conductuales son adaptables y funcionales para este tipo de personas, a pesar de que sea una población que pueda considerarse hasta cierto punto "difícil" de trabajar.

Pero si bien esto es cierto, también resulta afirmativo el hecho de que en base a lo encontrado en este trabajo, además del tratamiento cognitivo-conductual es importante proponer

FALTAN

PAGINAS

190

A

200

A

N

E

X

O

S

CONDUCTAS NEGATIVAS DE LA MUJER ANTE EL MALTRATO CONYUGAL

Frecuencia de respuestas

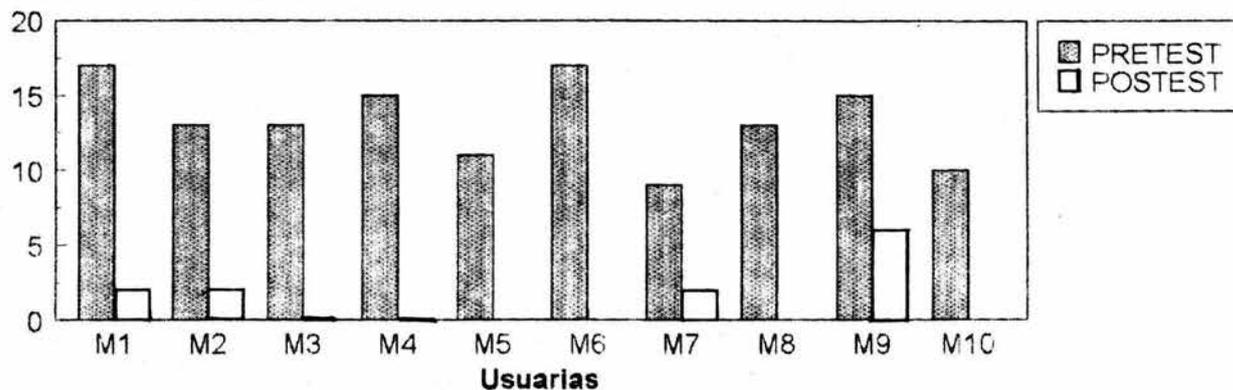


Fig.1. La gráfica presenta la frecuencia de respuestas en el inventario de conductas negativas de las mujeres ante el maltrato conyugal.

EMOCIONES NEGATIVAS EN LA MUJER ANTE EL MALTRATO CONYUGAL

Frecuencia de respuestas

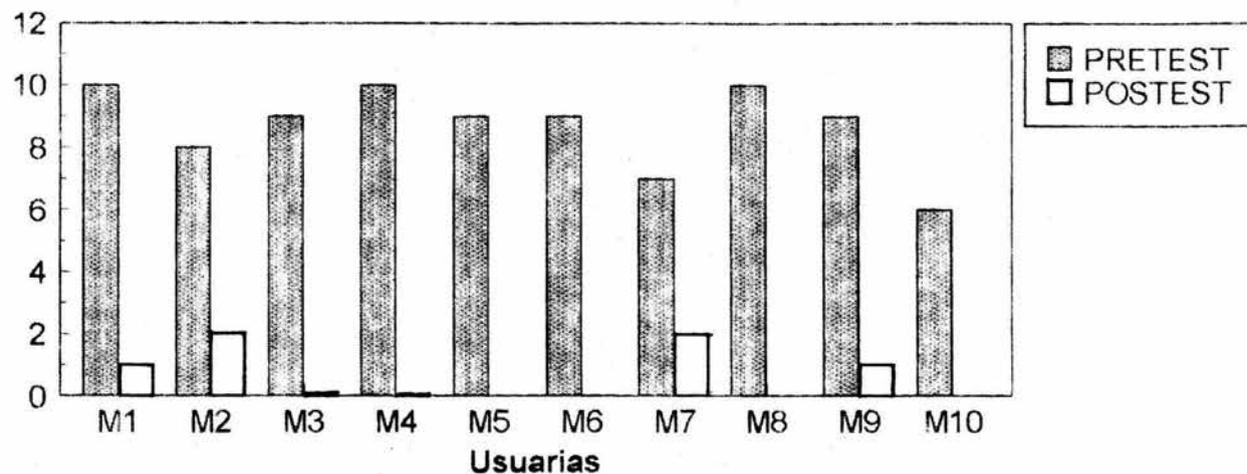


Fig. 2. La gráfica muestra la frecuencia de respuestas de las emociones negativas de las mujeres ante el maltrato conyugal.

CONDUCTAS NEGATIVAS DEL CONYUGE.

Frecuencia de respuestas

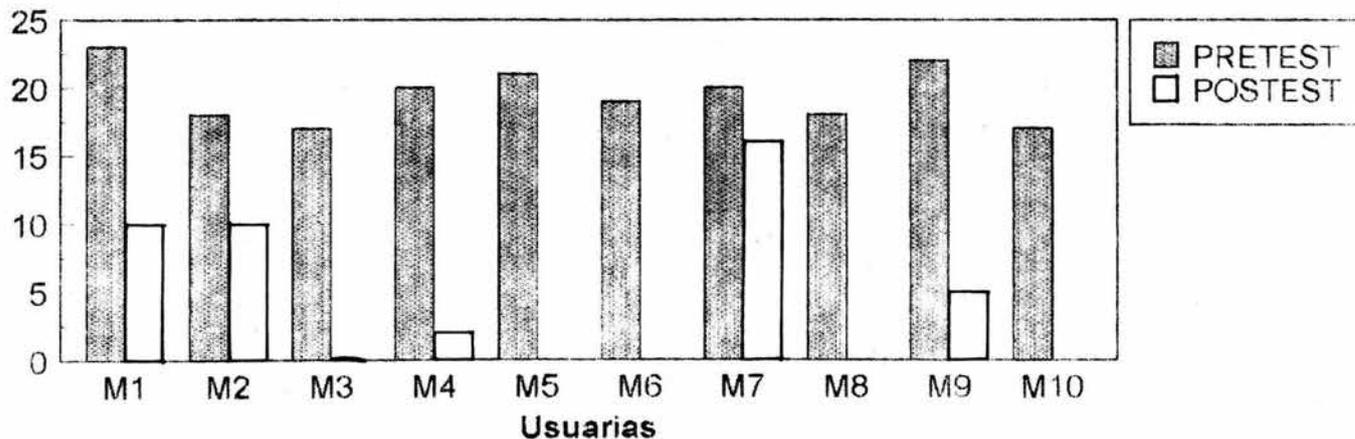


Fig. 3. La gráfica muestra la frecuencia de conductas negativas del cónyuge.

**RESPUESTAS FISIOLÓGICAS NEGATIVAS DE LA MUJER ANTE EL MALTRATO CONYUGAL
(ANTECEDENTES PATOLÓGICOS)**

Frecuencia de respuestas

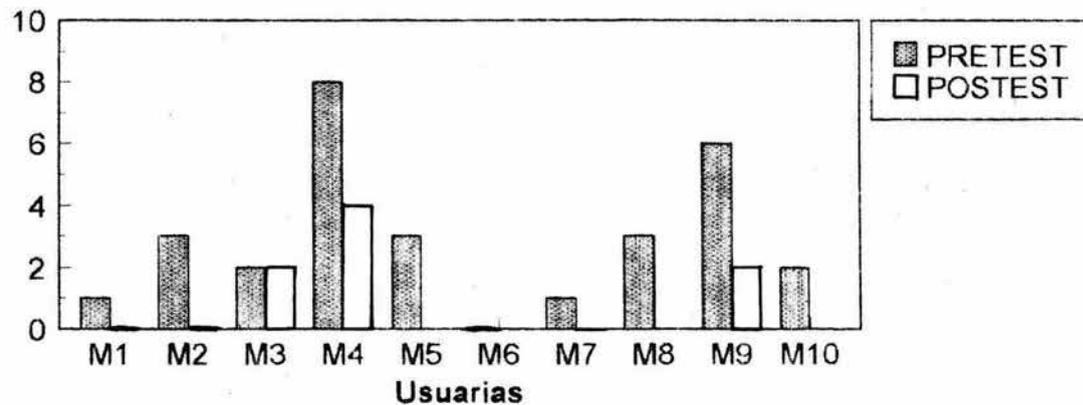


Fig. 4. La gráfica muestra la frecuencia de padecimientos fisiológicos negativos de la mujer ante el maltrato conyugal.

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS NEGATIVAS DE LA MUJER ANTE EL MALTRATO CONYUGAL.
(REACCIONES FISIOLÓGICAS)

Frecuencia de respuestas

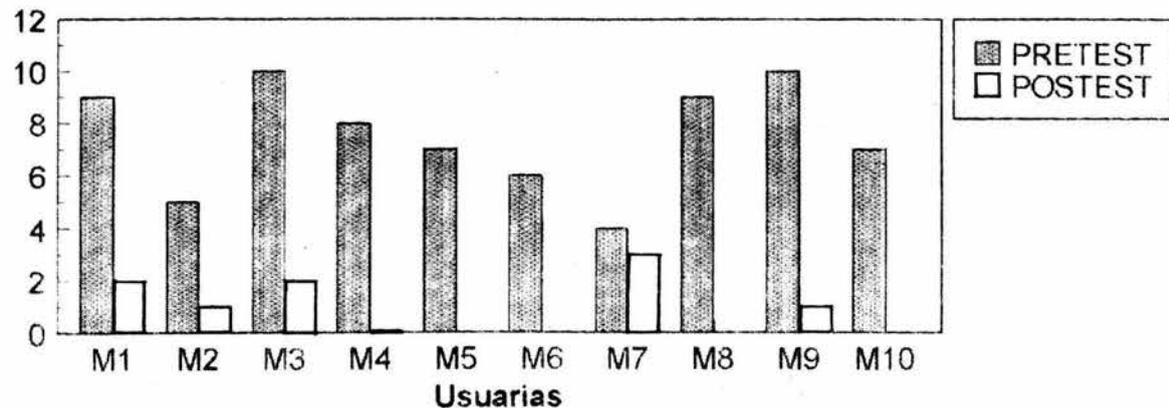


Fig. 5. La gráfica muestra la frecuencia de reacciones fisiológicas negativas de la mujer ante el maltrato conyugal.

✓

**INVENTARIO DE CONDUCTAS NEGATIVAS DE LA MUJER ANTE EL MALTRATO
CONYUGAL**

Responde SI ó NO

1. ¿Estas actualmente disculpándote?
2. ¿Estas dispuesta a aceptar la culpa de todo lo que anda mal en tu relación?
3. ¿Has de tener cuidado con cada palabra que dices, o ensayar lo que quieres hablar con tu compañero, para no sacarlo de sus casillas?
4. ¿Estas constantemente diciendo a los niños que tengan cuidado de no irritar a papá?
5. ¿Lloras mucho , más de lo que era tu costumbre?
6. ¿Reprimas tus sentimientos, especialmente el coraje?
7. ¿Estas continuamente pensando como conseguir la aprobación de tu compañero?
8. ¿Te retuerces hasta hacerte un nudo para adaptarte a sus exigencias cambiantes?
9. ¿Has renunciado a los intereses, las actividades y las personas que solían ser importantes para ti?
10. ¿Has abandonado las opiniones, ideas, actitudes, esperanzas y sueños que te caracterizaban?
11. ¿Te estás frenando en tu avance educacional o vocacional?
12. ¿Estas continuamente disculpádo ante ti misma o ante otros, el comportamiento de tu compañero?
13. ¿Te estás abandonando físicamente?
14. ¿Has engordado o adelgazado en exceso?
15. ¿Prestas menos atención de lo que solías a tu apariencia personal?
16. ¿Encuentras excusa para no salir de casa?
17. ¿Tu vida se basa en el intento de complacer a tu pareja para evitar su cólera o su desaprobación?

✓

**INVENTARIO DE EMOCIONES NEGATIVAS DE LA MUJER ANTE EL MALTRATO
CONYUGAL**

Responde SI ó NO

1. ¿Te sientes casi siempre triste?
2. ¿Sientes que tienes miedo de tu compañero?
3. ¿Te sientes desesperada y abrumada?
4. ¿Sientes rabia en muchas ocasiones?
5. ¿Te sientes confundida y perpleja sobre la forma en que él espera que te conduzcas?
6. ¿Te sientes dominada por tu compañero?
7. ¿Te sientes culpable de equivocarte siempre?
8. ¿Sientes odio por ti misma?
9. ¿Te sientes frustrada?
10. ¿Te sientes como si siempre estuvieras en una trampa?

INVENTARIO DE CONDUCTAS NEGATIVAS DEL CÓNYUGE

Responde SI ó No a las siguientes preguntas.

1. ¿Insiste en mantener el control de tu vida, tus pensamientos y tu comportamiento?
2. ¿Es tu crítico implacable, que siempre te encuentra en falta?
3. ¿Te intimida vociferando o amenazándote con irse o dejar de amarte si no haces lo que él quiere?
4. ¿Consigue someterte con sus amenazas de violencia física?
5. ¿Cambia imprevisiblemente de seductor a déspota?
6. ¿Hace comentarios despectivos sobre las mujeres en general y sobre ti en particular?
7. ¿Para castigarte cuando tú haces algo que le desagrada, deja de darte amor, dinero, aprobación o contacto sexual?
8. ¿Proyecta sobre ti o sobre otras personas la culpa de todas sus fallas o fracasos?
9. ¿Ataca tu manera de ser insultándote?
10. ¿Desvaloriza tus opiniones y sentimientos?
11. ¿Te acusa de ser demasiado sensible o de reaccionar de forma desproporcionada cuando él te ataca?
12. ¿Te confunde negándose a hablar de los problemas negándolos, cambiando de conversación, modificando la historia o actuando después de un estallido como si nada hubiera pasado?
13. ¿En relación con tus atenciones, actúa como competidor de tus hijos o de otras personas importantes en tu vida?
14. ¿Está sumamente celoso y posesivo?
15. ¿Insiste en que para satisfacerlo renuncies a cosas que son valiosas e importantes para ti?
16. ¿Critica constantemente a otras personas importantes en tu vida, como tu familia y tus amigos?
17. ¿Resta importancia a tus logros?
18. ¿Te humilla sexualmente?
19. ¿Te obliga a participar en actos sexuales que para ti son desagradables o dolorosos?
20. ¿Tiene aventuras extramaritales?
21. ¿Es desconsiderado en tus necesidades sexuales?
22. ¿Es encantador en público, pero está siempre listo para regañarte cuando están los dos solos?
23. ¿Te humilla en presencia de otros?

Si has respondido que si a 10 ó más de estas preguntas, estás viviendo una relación de violencia.

✓

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE RESPUESTAS FISIOLÓGICAS NEGATIVAS DE LA MUJER ANTE EL MALTRATO CONYUGAL

DATOS GENERALES

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

¿Ha padecido o padece alguna(s) de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Contracturas musculares | <input type="checkbox"/> Neurodermatitis |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | de cuello | <input type="checkbox"/> Impotencia |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Frigidez |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Miedo sin causa aparente |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica | <input type="checkbox"/> Ansiedad sin causa aparente |

REACCIONES FISIOLÓGICAS

1. Presencia de palpitaciones. ¿Ante que situaciones (estimulación verbal, auditiva, visual, etc.). Describir las situaciones.

Intensidad

Situación

Ante que situaciones desaparece

2. Sudoración de manos ante situaciones diversas. Interrogar ante que situaciones (estimulación verbal, auditiva, visual, etc.). Describir las situaciones, la duración y la intensidad. Ante que situaciones desaparece.

3. ¿Sensación de latido de las arterias temporales sin causa aparente. Ante que situaciones, intensidad, duración y cómo desaparece?

4. ¿Escucha el latido del corazón sin causa aparente: Ante que situaciones?

5. ¿Presencia de manos y/o pies fríos sin causa aparente. Ante que situaciones, duración y como desaparece?

6. Temblor de manos cuando se está enojado o con miedo. Duración y situación.

7. Presencia de cefalea sin causa aparente. Frecuencia de aparición (veces al mes) situaciones, duración y como desaparece.

COMPLEMENTE

Que parte de su cuerpo siente más tensa:

Desde el ataque ha tenido:

NO SI / LEVE SI/MODERADO SI/GRAVE

Dolores de cabeza

Taquicardias

Dolores de estomago

Dolores abdominales

Disminución del interés sexual

Presión baja/alta

Alergias

Tics

Pérdida de peso

Trastornos intestinales

Menstruación dolorosa

Mareos

Infecciones genitourinarias

Dolores aparato genital

Artritis

Disminución de energía

Embarazo

ENTREVISTA

DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Nombre de la solicitante:
2. Dirección:
3. Teléfono:
4. Edad:
5. Ocupación:
6. Religión:
7. Escolaridad:
8. Nombre, edades y escolaridad de los hijos:
9. ¿Quiénes habitan en la casa además de la familia?
10. Ingreso familiar en salario mínimo:
¿Quiénes contribuyen al ingreso familiar?

11. ¿Cómo se enteró de los servicios del CAM?

12. ¿Quién la trajo?

HISTORIA FAMILIAR

13. ¿Cómo conoció a su actual pareja? (en una fiesta, en su comunidad, en una reunión familiar, en la escuela, en el trabajo, en la calle).
14. ¿Cómo fue la relación cuando se conocieron? (había cariño, compartían deberes y decisiones, agresiva, indiferente).
15. ¿Cómo y cuando se hicieron novios? (situación, lugar).
16. ¿Cuanto tiempo duraron de novios? (meses, años).
17. ¿Cuál fue el motivo por el que decidieron casarse o vivir juntos? (embarazo, amor, salir de casa, los obligaron).
18. ¿Cómo fue la relación al principio del matrimonio o unión? (había cariño, compartían deberes y obligaciones, agresiva, indiferente).
19. ¿El nacimiento de sus hijos fue planeado? (sí, no).
20. ¿Por qué? (decisión y planeación del embarazo, embarazo durante el noviazgo).

21. ¿Después de cuanto tiempo de vivir juntos nacieron sus hijos? (meses, años).
22. ¿Qué situaciones se dieron cuando nació cada uno de sus hijos? (molestia y rechazo del esposo, aceptación y/o alegría de ambos).
23. El hogar en el que viven actualmente ¿es el mismo que habitan desde que viven juntos? (sí, no).
24. Si no es el mismo lugar en el que habitan ¿cuántas veces han cambiado de casa y por qué motivos? (problemas con los vecinos, por qué se les pidió que desocuparan, por qué compraron casa propia, por qué vivían con algunos familiares).
25. ¿A qué se dedica cada miembro de la familia fuera y dentro del hogar? (estudiar, trabajar, trabajar y estudiar, labores domésticas).
26. ¿Cómo era anteriormente la relación entre todos los miembros de la familia? (agradable, había cariño, compartían decisiones y obligaciones, agresiva, indiferente).
27. ¿Cómo era anteriormente la relación con su pareja? (agradable, había cariño, compartían decisiones y obligaciones, agresiva, indiferente).

ANTECEDENTES DE AGRESIÓN

28. ¿Desde cuando comenzó a sentirse agredida por su pareja? (días, meses años).
29. ¿Cómo fue presentándose la agresión? (con malas palabras, pequeños golpes, amenazas, golpes graves).
30. ¿Que tan frecuentes son las agresiones verbales? (núm. de veces por semana).

CARACTERÍSTICAS DEL ATAQUE 6 MESES ATRÁS

31. ¿Qué pasa antes de la agresión? (su pareja se enoja, discuten la pareja está bajo los efectos del alcohol, drogas).
32. ¿Qué pasa durante la agresión? (la golpea, le grita, le avienta objetos, la golpea con algún objeto, la obliga a tener acto sexual).
33. ¿Dónde ocurren las agresiones físicas y verbales más frecuentemente? (horario más frecuente y lugar de la casa).
34. ¿Por qué cree usted que se presenta la agresión? (por que él está tomado, drogado, enojado, usted lo provoca).

35. ¿Que hace y dice usted cuando está siendo agredida? (grita, golpea, no se mueve, pelea al inicio, sigue peleando todo el tiempo, corre, convence, suplica, insulta, llora).
36. ¿Qué siente o piensa en el momento de la agresión? (miedo, cree que la puede matar, siente coraje, ganas de llorar).
37. ¿A quién o a qué personas además de usted agrede su pareja? (hijos, padres, hermanos).
38. ¿Interviene alguien cuando su pareja la está golpeando? (si, no).
39. ¿Quién o quiénes? (hijos, hermanos, padres, vecinos, amigos).
40. ¿De qué manera intervienen? (gritan, golpean, tratan de separarlos).
41. ¿Qué pasa con su pareja después de la agresión? (no le habla, se aleja, sigue hablando, se pone cariñosos, le da regalos).

RELACIONES SEXUALES

42. ¿Sigue teniendo relaciones sexuales con su pareja? (si, no).
43. Si no sigue teniendo relaciones sexuales. ¿desde cuándo dejó de tenerlas? (desde que comenzó a maltratarla, desde antes, un tiempo después de iniciado el maltrato).
44. Si aún tiene relaciones sexuales con su pareja ¿por qué las sigue teniendo? (porque su pareja la obliga, la amenaza).
45. ¿Ha habido cambios en sus relaciones sexuales? (si, no).
46. ¿Cuales? (ahora son más agresivas, ya no hay satisfacción, hay dolor, le da miedo tenerlas, ya no tiene interés en esto).
47. ¿La frecuencia con que tiene relaciones sexuales cambio? (si, no).
48. ¿Ahora con qué frecuencia tienen relaciones sexuales? (más que antes, igual que antes, menos que antes).
49. ¿Quién decide que van a tener relaciones sexuales? (usted, su pareja, ambos).
50. Si su pareja la obliga a tener relaciones sexuales ¿Cómo lo hace? (la jalonea, le grita, la amenaza, la golpea, la chantajea, la intimida).

RELACIONES DE PAREJA

51. ¿Actualmente realiza alguna actividad con su pareja? (si, no).
52. ¿Cuál(es)? (Ir al cine, al teatro, hacen deporte, van a centros culturales, centro de espectáculos, van de paseo).

53. ¿Con qué frecuencia realizan estas actividades? (Mucha: 1 vez a la semana, regular: 1 vez al mes, poca: 2, 4 ó 6 veces al año).

54. ¿Platica con su pareja sobre cualquier tema? (si, no).

55. ¿Por qué? (Si: porque le tiene confianza, le gusta platicar. No: porque le da miedo, ya no le inspira confianza, no sabe de que hablar).

56. ¿Con qué frecuencia platica con su pareja? (Mucha: todos los días, regular: cada tercer día, poca: 1 vez por semana).

57. ¿Cómo pareja usted y él comparten amistades? (si, no).

58. ¿Por qué? (Si: porque las conocen desde hace tiempo, su pareja no es celoso. No: porque su pareja no la deja, usted no quiere).

59. ¿Quién escoge las amistades? (usted, su pareja, ambos).

60. Por qué y cómo eligen a sus amistades? (por intereses que ellos tienen en común con ustedes, por ser personas agradables, por algún interés económico).

61. ¿Con qué frecuencia las visitan? (Mucha: 1 vez por semana, regular: cada 15 o 29 días, poca: 2 ó 3 veces al año).

RELACIONES FAMILIARES Y AMISTOSAS

62. ¿Visita a su familia? (si, no)

63. ¿Con qué frecuencia? (mucha: 1 vez por semana, regular: cada 15 ó 20 días, poca: 2 ó 3 veces al año).

64. ¿Cómo es la relación con su familia? (buena: platica con ellos, disfruta de la compañía de ellos, mala: no habla con ellos, no le gusta su compañía).

65. ¿Visita a la familia de su pareja? (si, no).

66. ¿Con qué frecuencia? (mucha: 1 ó 2 veces por semana, regular: cada 15 ó 20 días, poca: 1 vez al mes o menos).

67. ¿Cómo es la relación de usted con la familia de su pareja? (buena: le gusta estar con ellos, platica con ellos, mala: no habla con ellos, no le gusta su compañía).

68. ¿Usted tiene amistades personales? (Si/No).

69. ¿Por qué? (Si: porque le gusta tener amigos, (as), porque no le ocasiona problemas tenerlos, no: porque su pareja no se lo permite, a usted no le gusta o no le interesa tenerlas).

70. ¿Quiénes conforman sus amistades? (vecinos, amistades de la escuela, amistades del trabajo).

71. ¿Con qué frecuencia visita o la visitan sus amistades personales? (mucho: 1 ó 2 veces por semana, regular: cada 15 ó 29 días, poca: 1 vez al mes o menos).

72. ¿En que lugar se reúne con sus amistades? (en su casa, en la casa de las amistades, en lugares públicos).

73. ¿Cuanto tiempo tienen de conformadas sus relaciones amistosas? (meses, años).

74. ¿Cuales son los cambios que ha notado en sus relaciones amistosas? (se frecuentan más que antes, se frecuentan menos que antes, los temas de conversación han aumentado, no platican como antes).

75. ¿Sigue relacionándose amistosamente con las mismas personas o su núcleo de amistades ha cambiado? (aumentó, disminuyó, sigue igual).

76. Actualmente ¿le cuesta trabajo relacionarse con las personas? (si, no).

77. ¿Por qué? (incomodidad, cree que no le aceptarán, no le gusta platicar, no le gusta conocer gente).

78. Si usted trabaja, ¿cómo son sus relaciones con sus compañeros (as)? (buenas: platica con ellos, regulares: solo los saluda, malas: no habla con nadie o pelea con ellos).

79. ¿La situación con su pareja altera su trabajo? (si, no)

80. ¿De qué manera? (no le permite concentrarse, le provoca conflictos personales con los demás, se siente cansada, molesta físicamente, tiene apatía).

81. ¿Ha pensado dejar de trabajar? (si, no).

82. ¿Por qué? (Si: hastío, cansancio, indiferencia; No: se perdería todo o una parte del gasto familiar, necesita, el trabajo para distraerse).

83. ¿A partir de la situación de maltrato se ha modificado la economía o el gasto familiar? (se ha reducido, aumentado, sigue igual, se lo han quitado).

84. ¿En el caso de que le hayan quitado o se haya reducido el gasto familiar, usted que ha hecho para mantenerse? (buscar trabajo, cambiar de empleo, nada).

85. ¿Obliga o pide a los demás miembros de la familia que le ayuden económicamente? (si, no).

86. ¿Por qué? (es su obligación, ellos lo quieren hacer).

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CONYUGAL

87. Dígame 10 pensamientos que tiene más frecuentemente cuando ha o esta siendo agredida o maltratada.

COGNICIONES

		pocas veces (1 vez por sem.)	regularmente (3 veces por sem.)	generalmente (5 veces por sem.)	siempre (diario)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

88. Dígame 10 sentimientos que experimente más frecuentemente cuando ha o esta siendo agredida o maltratada.

EMOCIONES

		pocas veces (1 vez por sem.)	regularmente (3 veces por sem.)	generalmente (5 veces por sem.)	siempre (diario)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

89. Dígame 10 cosas que haga más frecuentemente cuando ha o esta siendo agredida o maltratada.

CONDUCTAS

		pocas veces (1 vez por semana)	regularmente (3 veces por sem.)	frecuentemente (5 veces por sem.)	siempre (diario)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

90. Dígame 10 cosas que diga más frecuentemente cuando ha o está siendo agredida o maltratada.

VERBALIZACIONES

		pocas veces (1 vez por sem.)	regularmente (3 veces por sem.)	frecuentemente (5 veces por sem.)	siempre (diario)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

91. ¿Qué cambios de conductas y hábitos a observado en usted misma a partir de la situación de maltrato? (aseo, sueño, alimentación, consumo de tabaco, alcohol, drogas, medicamentos, dependencia hacia alguien).

92. ¿Qué pasó con estas conductas o hábitos? (aumentaron, disminuyeron, desaparecieron, aparecieron).

93. Antes de vivir la situación de maltrato, qué malestares físicos y enfermedades tenía? (falta de sueño, infecciones, problemas digestivos, cardíacos o respiratorios, dolores de cabeza o musculares, fracturas, falta de apetito).

94. Actualmente ¿qué malestares físicos se han incrementado o han aparecido? (falta de sueño, infecciones, problemas digestivos, cardíacos o respiratorios, dolores de cabeza o musculares, fracturas, problemas de apetito).

95. ¿Con qué frecuencia acude al médico? (mucha: 1 vez por semana, regular: 1 vez al mes, poca: cada 2, 4 ó 6 meses).

ALTERNATIVAS O INTENTOS DE SOLUCIÓN

96. ¿Qué desea hacer respecto a su situación de maltrato? (divorciarse, separarse, mejorar su relación familiar y de pareja).

97. ¿Ha intentado algo para solucionar su situación? (si/no).

98. ¿Qué? (tratar de hablar con su pareja, acudir a familiares o amigos, hablar con profesionales).

99. ¿Cuáles han sido sus resultados? (ninguno porque nada cambió, hubo un cambio temporal).

100. ¿Cuáles son sus metas en la terapia o en que desea que le ayudemos?

101. ¿Con quién más cuenta para ayudarla a salir de su situación de maltrato?

COMPLETE ESTAS FRASES

102. Mis mejores características para salir adelante son:

103. Al finalizar la terapia yo quisiera haber logrado (pensar, hacer, sentir, decir):