



Universidad

Don Vasco, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN EN MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA
FÍSICA INTRAFAMILIAR**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

BRENDA LUCÍA CORTÉS ALVAREZ

Asesora: Lic. Mónica Jiménez Palomino.

URUAPAN, MICHOACÁN, A 5 DE ABRIL DE 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS:

A mi asesora, la Mtra. Psic. Mónica Jiménez Palomino, quien me brindo su apoyo incondicional, tiempo y conocimiento para la concepción, desarrollo y logro de la presente investigación.

A la Psic. Judith Magdalena Rodríguez Morales, encargada del módulo de Violencia Intrafamiliar del Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, por su orientación, así como las facilidades brindadas para el emprendimiento y complementación de la presente investigación.

A los profesores que intervinieron en mi formación académica, en especial a los que contribuyeron con su apoyo o resolución de dudas en mi crecimiento profesional y en la obtención de la presente investigación.

A las mujeres que formaron parte de la muestra investigada, por su disposición, confianza e interés.

DEDICATORIA:

A mis padres,

Por su esfuerzo, interés, apoyo incondicional y amor.

Infinitamente agradecida.

A mis hermanos,

Por su ejemplo, apoyo y cariño.

A mis amigos,

Por sus consejos y ser parte de mi crecimiento personal.

A ti amor,

Por tu compañía y cariño.

A todas aquellas mujeres que han tenido el valor de superar obstáculos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	5
Pregunta de investigación.....	5
Objetivos.....	6
Preguntas secundarias de investigación.....	7
Justificación.....	8
Marco de referencia.....	12

Capítulo 1.

Violencia intrafamiliar física como causa significativa de procesos depresivos en las mujeres.

1.1 Concepto y tipos de violencia de género.....	17
1.2 Juego de roles en la violencia de género.....	24
1.3 Influencia de la violencia de género en la emocionalidad adulta.....	29

Capítulo 2.

La depresión como consecuencia de la violencia física intrafamiliar.

2.1 Concepto y niveles de depresión.....	35
--	----

2.2 Influencias sociales para el desarrollo de procesos depresivos en mujeres adultas.....	45
--	----

2.3 Desarrollo de procesos depresivos en mujeres violentadas.....	49
---	----

Capítulo 3.

Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Metodología.....	52
----------------------	----

3.2 Análisis e interpretación de resultados.....	64
--	----

3.2.1 Conductas comunes que presentan las mujeres que han sido violentadas físicamente.....	64
---	----

3.2.2 Situaciones en el hogar que propician la violencia hacia las mujeres...	70
---	----

3.2.3 Pensamientos depresivos que manifiestan las mujeres violentadas físicamente.....	78
--	----

3.2.4 Alternativas de apoyo que pueden elegir las mujeres que sufren violencia física intrafamiliar y que pasan por un proceso depresivo.....	90
---	----

3.2.5 Recomendaciones para prevenir la violencia intrafamiliar de tipo físico hacia las mujeres.....	94
--	----

Conclusiones.....	97
-------------------	----

Bibliografía.....	101
-------------------	-----

Anexos

Abstract

La presente investigación evaluó a un grupo de 15 mujeres entre 25 y 45 años de edad, donde todas ellas eran violentadas y padecían procesos depresivos; con el objetivo de determinar la influencia de la violencia física en el desarrollo de procesos depresivos de las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Para dicha evaluación se aplicó a la muestra estudiada una entrevista semi estructurada, un cuestionario proporcionado por el mismo Centro de Salud, historia clínica y el inventario de Beck. Como conclusión se obtuvo que en todas las mujeres de la muestra existe influencia de la violencia física en el desarrollo e incremento de procesos depresivos, se presentó temor por irritar a la pareja y como consecuencia ser golpeadas de nuevo, desinterés, temor al abandono o a perder algún apoyo económico entre los resultados más destacados.

INTRODUCCIÓN.

Antecedentes.

En relación a los factores que intervienen en la presencia de la violencia intrafamiliar se han realizado diversas investigaciones que resultan interesantes para que sean tomadas como base de lo que ahora se conoce y de esta forma se logre un conocimiento más amplio de dicho tema.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2007) asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presenta alto índice de discapacidad, tiene doce veces más intentos de suicidio y se presentan diversos niveles de depresión.

María de Lourdes Apodaca Rangel (1995) hace referencia a un estudio realizado por el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en el año de 1990; quien seleccionó de 25,000 expedientes que manifestaban agresión en el hogar a una muestra de 828 casos con un rango de edad entre los 16 y 70 años, con el objetivo de determinar cuál era el perfil tanto de la víctima como del agresor; además de los efectos infligidos en la mujer y su familia.

Para este estudio se recabó información acerca de los casos que serían estudiados, utilizando un instrumento de captación informativa que consta de preguntas abiertas (para los datos generales y de identificación de las entrevistadas), dicotómicas y de opción múltiple; después se aplicó una prueba piloto.

Con base en el proceso antes mencionado se obtuvieron los siguientes resultados:

Con relación a la manifestación de la incidencia y gravedad de la agresión intrafamiliar contra la mujer en la ciudad de México, las mujeres que con mayor frecuencia son agredidas se encuentran en un rango de edad entre los 26 y 45 años; lo cual representa un 70 % de las mujeres victimadas, además la mayoría son originarias de los estados de Michoacán y México.

En el 89.8 % de los casos se tiene una educación que va de la primaria al bachillerato, más de la mitad de los casos la familia es sostenida por una sola persona, 60% de las mujeres están casadas y se encuentran bajo el régimen conyugal. El 40 % de las mujeres se encuentra en situación hostil y tuvo alguna experiencia anterior de maltrato; el 53 % había sido víctima de la violencia física; el 33 % de la psicológica; y el 12 % de maltrato sexual, el 70 % de las entrevistadas padeció problemas de depresión como consecuencia de las agresiones recibidas y el 16 % se sintió culpable, deprimida, inútil e incapaz.

Se puede observar que la violencia física está intervenida por infinidad de factores que la promueven, además de ser un desencadenante de otras situaciones o aspectos que resultan importantes como lo es la autoestima, los procesos depresivos que se desarrollan a la par de esta vivencia desagradable, el temor al cambio, el sometimiento, entre otros.

Por otro lado, con respecto a la depresión, Liwell Weitkamp (2005) realizó un estudio en la Universidad de Rochester, en Nueva York, en su

estudio descubrió un patrón genético en muestras sanguíneas de diferentes familias con antecedentes de depresión. Se pudo comprobar que aproximadamente dos tercios de los parientes de una persona deprimida también han padecido la enfermedad. Las mujeres son particularmente vulnerables, sin embargo los hombres encuentran más dificultades en buscar ayuda psiquiátrica, ya que lo consideran un signo de debilidad.

Se puede considerar el factor genético como otras de las predisposiciones significativas para la presencia de procesos depresivos, lo cual a su vez está relacionado con los padecimientos de enfermedades orgánicas como el cáncer.

De acuerdo con William E. Narrow (2009) la violencia ejercida por la pareja es un problema social que afecta con mayor intensidad a las mujeres que a los hombres, dicho acontecimiento traumático se relaciona con síntomas depresivos.

Son las mujeres las principales víctimas de la violencia física y es uno de los factores relacionados con las manifestaciones de procesos depresivos.

Robert B. Taylor (2006) establece que las mujeres que son víctimas de malos tratos físicos presentan lesiones repetidas, cada vez más graves, problemas psicosociales como depresión y tentativas de suicidio. El diagnóstico de depresión fue el indicador más claro de la violencia física. 50 % de las mujeres que visitan los departamentos de urgencias son víctimas de violencia física, presentan síntomas depresivos y traumáticos. Una de cada 10 víctimas de violencia doméstica intenta suicidarse.

De acuerdo con Pilar Blanco Prieto, las mujeres maltratadas presentan depresión, en general asociada a ansiedad, de mayor o menor intensidad. Se realizó un estudio en diversos países como Nicaragua, Pakistán y Australia donde se muestra que la mujer maltratada sufre más depresión que la que no lo ha sido.

Se han estudiado en las mujeres maltratadas los factores que influyen en el desarrollo y gravedad de la depresión, habiéndose encontrado que la depresión aumenta con la falta de recursos personales, el haber recibido poca ayuda institucional y respuestas de evitación por parte de familiares y amistades.

Con base en los datos antes proporcionados se realiza la siguiente investigación donde se ahondará en la violencia intrafamiliar física, pretendiendo demostrar su relación con el desarrollo de procesos depresivos en las mujeres que acuden en búsqueda de apoyo al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Planteamiento del problema.

Con base en estudios realizados por investigadores especializados en el tema de la violencia intrafamiliar se ha visto que es una situación preocupante por ser un activador de sentimientos negativos, reflejados en el desarrollo de procesos depresivos; es decir, la ausencia de interés por realizar actividades que antes eran del agrado de la persona violentada, la pérdida significativa de peso, la evasión de actividades de tipo social, la disminución de autovaloración, la presencia de sentimientos de soledad, episodios depresivos considerables, aislamiento, entre otros.

Sin duda la violencia física es una situación existente en cualquier nivel socioeconómico, aún en un nivel alto, lo cual da como consecuencia que la persona maltratada responda de igual manera ya sea con su victimario o personas ajenas a la situación a través de conductas agresivas, autoritarismo, sometimiento, entre otras.

Pregunta de investigación.

Por lo expuesto se tiene como prioridad dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la influencia que tiene la violencia física en el desarrollo de procesos depresivos en las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos.

Objetivo general: Determinar la influencia de la violencia física en el desarrollo de procesos depresivos en las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares:

- 1) Identificar las conductas comunes que presentan las mujeres violentadas que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán por procesos depresivos.
- 2) Detectar las situaciones en el hogar que propician la violencia hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
- 3) Describir los pensamientos depresivos que manifiestan las mujeres que son violentadas que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
- 4) Conocer las alternativas de apoyo que pueden elegir las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán por violencia física intrafamiliar y que están pasando por un estado depresivo.
- 5) Proporcionar recomendaciones acerca de la prevención de la violencia intrafamiliar de tipo físico hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de Uruapan, Michoacán.

Preguntas secundarias de investigación.

- 1) ¿Con qué conductas comunes se identifican las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán que han sido violentadas?
- 2) ¿Cuáles son las situaciones en el hogar que propician la violencia hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán?
- 3) ¿Cuáles son los pensamientos depresivos que manifiestan las mujeres violentadas físicamente que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán?
- 4) ¿Cuáles son las alternativas de apoyo que pueden elegir las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán por violencia física intrafamiliar y que están pasando por un estado depresivo?
- 5) ¿Qué recomendaciones se proporcionan para la prevención de la violencia intrafamiliar de tipo físico hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Justificación.

La presente investigación ha sido realizada con la finalidad de conocer a fondo de qué manera se presenta la violencia física y cómo forma parte del desarrollo de procesos depresivos en las mujeres que la sufren. Por otro lado tiene finalidades específicas en diversas áreas de origen social, ya que tanto la violencia como los procesos depresivos han tenido en la actualidad un aumento considerable, de ahí el interés en esta investigación.

Esta investigación aporta a la Psicología, en general, información específica sobre la relación existente entre la violencia física y el desarrollo de procesos depresivos, dando como resultado una comprensión de dicho tema fomentando la toma de precauciones y formas de acción para quienes ya están viviendo la violencia o pasan por un proceso depresivo, como lo es el silencio por miedo a perder a la persona o por ser juzgadas; además del dominio psicológico que se ejerce sobre la mujer violentada.

Si se habla de las utilidades proporcionadas a la Psicología Clínica podrán encontrarse el fortalecimiento de teorías ya establecidas, además de dar la opción a la formulación de nuevas preguntas en relación al tema.

Los profesionales en Psicología podrán tomar dicha investigación como base o punto de partida para nuevas investigaciones relacionadas con el tema y sus variables, además de existir la posibilidad de realizar una comprobación de lo que aquí se establece, como el hecho de que la violencia intrafamiliar

física en mujeres tiene relación con el desarrollo de procesos depresivos en la mayoría de los casos.

Es importante mencionar que esta investigación también proporciona ventajas y utilidades a diversas profesiones relacionadas con la ciencia y el ámbito social como son los psicólogos quienes podrán tomar la investigación como apoyo en su trabajo terapéutico con mujeres violentadas que sufren depresión e incrementar estrategias que les permitan fortalecer su nivel emocional, así como ampliar su conocimiento acerca de los factores que promueven dicha situación y la manera en que se da este fenómeno; los pedagogos tendrán un apoyo en su trabajo con los alumnos de padres que viven dicha situación; es decir, que viven en este entorno hostil.

Los que pertenecen a las Ciencias de la Comunicación tendrán mayor facilidad al promover la prevención de violencia y como consecuencia la tendencia a los procesos depresivos.

Los Sociólogos también se harán poseedores de un conocimiento de los fenómenos que ocurren en las relaciones de pareja y la sociedad en general.

Los Trabajadores Sociales tendrán herramientas para proteger a las mujeres que pasan por situaciones de violencia física y que adquieren una marcada tendencia a la depresión, además de existir la posibilidad de la formación de grupos de ayuda colectiva.

Sin duda los médicos se verán beneficiados con la ampliación de sus posibilidades para el diagnóstico de procesos depresivos, dando apoyo a la Psicología con la proporción de medicamentos que fortalezcan el avance de la

persona que pasa por una situación depresiva provocada por violencia intrafamiliar física.

Es necesario se explique la importancia y utilidad que la presente investigación tiene para la Universidad Don Vasco, diferentes escuelas y para los estudiantes correspondientes. Servirá de acervo bibliográfico, como lectura por interés en relación al tema y de apoyo para la estructuración de un nuevo proyecto de investigación relacionado con el tema.

No se dejan de lado los beneficios para la sociedad en general y la institución, que en este caso es el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, ya que arroja el índice de mujeres violentadas que pasan por una depresión, además de que la institución tiene por objetivo la prevención de cualquier tipo de malestar sea físico, psicológico o mental; es por esto que la investigación apoya el conocimiento y formas de acción para la prevención de procesos depresivos como consecuencia de la violencia intrafamiliar física.

Para la mujeres violentadas del Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, es de vital importancia ya que se da un estudio a consciencia de los factores determinantes para que se presente la violencia; así como los procesos depresivos, qué medidas tomar como modo de prevención, por qué se manifiesta principalmente en mujeres, así como los roles que se adoptan.

Lo anterior se considera de importancia para la investigación pues incrementará la información teórica, de los diversos autores que han realizado estudios en relación al tema de la violencia intrafamiliar y los procesos

depresivos en mujeres. Así como conocer y manejar los métodos, y técnicas para el proceso de apoyo de dichas mujeres. Estas técnicas serán sugeridas de acuerdo a los datos obtenidos de la experiencia de las mujeres investigadas.

Con base en lo antes mencionado se hace énfasis en la significatividad de esta investigación pues en general aporta información sustancial para cualquier rama de tipo social que busque el desarrollo sano del individuo.

Marco de referencia.

La investigación fue realizada en el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán que se encuentra ubicado en la calle Manuel Pérez Coronado número 3, colonia La Magdalena.

Esta institución interviene a nivel de salud de primer nivel ya que únicamente presta servicios de medicina general y medicina preventiva.

El Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán fue fundado en el año de 1962 bajo el gobierno del Estado Adolfo López Mateos, cuyo gobierno fue de 1957 – 1962. Actualmente funciona bajo la dirección del Dr. Marco Antonio Santoyo Aguilera.

La misión del Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán es brindar servicio de salud a toda la comunidad, sin expresión y bajos criterios de calidad básica uniforme, dando prioridad a grupos más desfavorecidos.

La visión del Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán es establecer medidas preventivas que permitan mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos, a través de servicios coordinados de salud pública en el estado, así como disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles por sector.

El Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán tiene como objetivo prevenir enfermedades tanto en hombres como mujeres sin importar su edad, dando un servicio de bajo costo para las personas de nivel socioeconómico de bajo a medio.

Esta institución es Gubernamental.

En sus instalaciones se encuentran las oficinas del director y la del subdirector, además cuenta con cinco departamentos específicos, los cuales se considera necesario describir con la finalidad de proporcionar información basta acerca de los beneficios que se tienen al acudir al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Para la presente investigación es necesario hacer la descripción de los departamentos y los servicios que brinda el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán para tener una visión amplia de la población que se atiende, así como determinar cuáles son las problemáticas de mayor incidencia.

En el caso de esta investigación se hará énfasis en la violencia intrafamiliar de tipo físico y su relación en factores desencadenantes de procesos depresivos.

El primero de ellos es el de Atención a la Salud donde se da servicio dental, información de planificación familiar (enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos), salud mental (departamento de Psicología y módulo de Violencia Intrafamiliar), epidemiología (dengue, paludismo, rabia), trabajo social (evaluación socioeconómica e información de los servicios que se brindan), inmunizaciones (vacunación) y Papanicolaou (prevención del cáncer cervicouterino).

En el segundo departamento se da la promoción de salud donde se brinda educación sanitaria a instituciones, es decir, se realiza actividad

extramuros a través de talleres, conferencias, pláticas y aplicación de cuestionarios.

Proporcionando a las instituciones el diagnóstico de incidencia que se obtienen en los cuestionarios para brindar una visión del estado actual de los alumnos.

El tercer departamento es la jefatura de enfermería donde se aplican vacunas, se hace la toma de la presión sanguínea y se checa el peso de las personas.

El cuarto departamento es el de información, donde se tienen archivos clínicos, estadísticos y recursos humanos.

Por último está el departamento de administración donde hay almacén, caja de cobro, farmacia y servicios generales.

El Centro de Salud atiende a un gran número de personas, quienes en su mayoría no cuentan con un nivel económico que les permita acudir a un doctor o clínica privada. Sin embargo se atiende a toda persona que requiera servicio sin importar si son derechohabientes o la clase social.

Con base en las necesidades que se tienen para la presente investigación, la población elegida como muestra se delimita por las siguientes características:

El grupo está formado por 15 mujeres entre 25 y 45 años de edad que forman parte de un grupo de apoyo a mujeres violentadas y que además padecen de procesos depresivos.

Las personas que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán cuentan con las siguientes características: son en su mayoría de un nivel socioeconómico bajo o medio, mujeres embarazadas, niños que necesitan recibir vacunas, personas con padecimientos como obesidad, mujeres violentadas, entre otras. La edad de los que acuden es variada pues va desde niños a personas de la tercera edad.

CAPÍTULO 1.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR FÍSICA COMO CAUSA SIGNIFICATIVA DE PROCESOS DEPRESIVOS EN LAS MUJERES.

La violencia física forma parte fundamental en la violencia intrafamiliar. Su ejercicio en el interior del hogar se debe a conductas aprendidas y reforzadas por la violencia en los medios de comunicación, en la sociedad y las costumbres de dominación en la familia. Con frecuencia aquellos individuos que ejercen violencia fueron víctimas u observadores de ella en sus familias de origen.

La violencia intrafamiliar está compuesta de manifestaciones sistémicas que tienen como origen eventos en la historia familiar de los perpetradores y de las víctimas como los siguientes:

Eventos acaecidos en la familia de origen de uno o de ambos miembros de la pareja que han quedado inconclusos, donde cualquiera de los miembros de la pareja puede haber sido protagonista de injusticias, actos de violencia y/o culpabilidad no asumida, las consecuencias se vienen repitiendo y seguirán repitiéndose a lo largo de muchas generaciones si los hechos no son reconocidos y concluidos apropiadamente.

Las anteriores son situaciones que afectan el equilibrio en la relación de pareja y donde ninguno de los miembros de la pareja ha asumido sus consecuencias o culpas. Para lo cual es necesario conocer a fondo lo que es la violencia de género, así como sus manifestaciones y desórdenes asociados a

otras conductas disfuncionales, como por ejemplo: el alcoholismo, el sometimiento, el rechazo, entre otras.

Es necesario por tanto, iniciar desde la aclaración de lo que se entiende por violencia de género y las formas que puede asumir, lo cual se desarrolla en el primer subtema de este capítulo.

1.1 Concepto y tipos de violencia de género.

La violencia de género es estructural, basada en un sistema de creencias sexistas (superioridad de un sexo sobre otro), y está dirigida hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino.

Adopta variadas formas, como cualquier tipo de discriminación hacia la mujer en los niveles político, institucional o laboral, el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para la prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y todas las formas de maltrato físico y/o psicológico que puedan sufrir en cualquier contexto, privado o público.

Estas conductas y actitudes, a través de las cuales se expresa la violencia de género, intentan perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal y acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos.

El autor Consué Ruíz (2004) explica la violencia de género como la diferencia en actitudes, valores, roles, comportamientos, forma de ser, dejando

de lado solo la diferencia biológica; ya que han sido asignadas culturalmente y se han ido adquiriendo e interiorizando.

Existen infinidad de autores que hacen referencia a la violencia de género conceptualizándolo de diversas maneras; se considera de utilidad mencionar algunas de las definiciones:

Una primera definición se realiza desde un enfoque psicosocial y define la violencia de género como “Opresión hacia las mujeres; donde se les niegan las ventajas de la sociedad y a las que se les hace más vulnerables que a los varones en cuanto a la aceptación del sufrimiento” (Elise Boulding; 2001: 266).

De acuerdo con el enfoque antes mencionado, la sociedad en su costumbre machista y patriarcal, a través de la violencia de género pretende conservar los beneficios obtenidos como son: libertad de actuar, tomar decisiones, llevar a cabo mandatos, entre otros. Promoviendo una imagen de la mujer como inferior, incapaz o débil, cuestiones las cuales la mujer termina introyectando.

La Directora del Departamento de Sociología de la Universidad de Dartmouth Elise Boulding (2001) expone que las mujeres son las principales víctimas de la violencia debido a que socialmente se les atribuye una condición limitada en cuanto a la jerarquía se refiere; ya que según la ideología la mujer es la que tiene desventaja, pues depende económicamente de el hombre, además de tener la supuesta obligación de satisfacer sexualmente al varón.

“La violencia de género no es un problema ‘de’ sino un problema ‘para’ las mujeres, siendo en realidad, y fundamentalmente, un problema de la cultura masculina/patriarcal y de los varones” (Luis Bonino; 1999:11)

La violencia de género es más común de lo que se piensa, como se ha mencionado se ejerce directamente al sexo femenino, es el tipo de violencia que se presenta con mayor frecuencia y también el más silenciado, esto es por cuestiones culturales como son las creencias o costumbres generacionales donde la mujer cree que debe “aguantar por sus hijos”.

A continuación se exponen los diferentes tipos de violencia que se presentan en la actualidad, así como los contextos en los que se desarrollan.

a) La violencia sexual tiene un origen fundamental en la cultura; pues este tipo de violencia está relacionada con las creencias generacionales; es decir se les introyecta a las mujeres desde que son pequeñas a doblegarse, obedecer y servir.

La autora Sharon Marcus (2003) propone que la violencia sexual debe ser entendida por un proceso sexista al que se debe confrontar y no tomarse a la ligera, ya que la persona violentada tiende a buscar y dar explicaciones del haber sido abusado.

Cuando las mujeres son víctimas de una violación tienden a pensar que ellas han provocado tal situación, que tal vez no se dieron a respetar; es decir, hacen uso de cualquier frase que justifique tal acto cometido por el agresor.

En cuanto a la violencia sexual como ya se ha mencionado existe un abuso y exigencia por parte del varón hacia la mujer, obligándola a acceder a

tener relaciones; es decir servir como objeto sexual en contra de la voluntad de la mujer.

Incluso se le hace pensar a la mujer, que por ser la esposa tiene la obligación o el deber de satisfacer sexualmente al marido en el momento que al varón le plazca o lo solicite, aún cuando la esposa no esté de acuerdo, no tenga apetito sexual o esté cansada.

Patricia Trujano Ruiz (1994) establece que el abuso sexual o violación, son tipos de contactos sexuales realizados en contra de la voluntad de la víctima, es decir, sin el consentimiento de una de ellas y a final de cuentas producen un daño en la emocionalidad del individuo que la padece, sin importar su edad y provocando un quebrantamiento en la dignidad.

El abuso sexual o violación (usado con mayor frecuencia en términos legales), puede ser experimentado por cualquier individuo sin importar su edad o sexo.

En el caso de las mujeres que sufren violencia física intrafamiliar el abuso sexual es evidente, pues suele ir encaminado en la idiosincrasia de la inferioridad que la mujer conlleva, además en ocasiones llegan a ser expuestas a contacto sexual sin consentimiento, aún después de ser golpeadas.

b) En la violencia económica, el hombre (que regularmente es el proveedor) se aprovecha de esta circunstancia para dominar, manipular y someter a la pareja, a través de la privación de recursos económicos, como es la manutención del hogar (alimentos, productos personales, escuela de los hijos,

etc.). En las mujeres que experimentan la violencia económica, el hombre mantiene el control de los gastos.

La violencia económica es el abuso por parte del hombre, el cual tiene la idea de poseer el derecho de mandar, controlar, tomar decisiones sin consultar o hasta de privar de dinero a la mujer porque es “su dinero”.

Las mujeres violentadas no son asalariadas, sino dependientes de la pareja en el aspecto económico, aunque muchas veces trabajan y ganan su propio dinero, este es controlado por el varón y hacen que la mujer crea tener la obligación de reportar sus gastos.

En la mayoría de los casos la mujer no puede disponer del dinero que se le llega a dar o que gana con su esfuerzo, ya que el esposo no la considera apta para administrarlo o la etiqueta de “malgastada”.

c) La violencia familiar suele entenderse como la acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que da lugar a tensiones, vejaciones u otras situaciones similares en los diferentes miembros de la misma. Por lo tanto, es una situación que revela una perturbación de las relaciones de convivencia.

Patricia Trujano Ruiz (1994) hace mención específica de la violencia doméstica contra las mujeres; explicando que se concreta en formas específicas de agresión y hace referencia a los malos tratos físicos, referidos a cualquier acción no accidental que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad (hematomas, fracturas, quemaduras).

Es por lo anterior que la violencia familiar o doméstica trae consecuencias de gravedad a los que integran dicha familia en situación crítica,

ya que hay afecciones no solo emocionales y psicológicas, sino también algunas que pueden llevar a la muerte.

Patricia Trujano Ruiz (1994) explica que los malos tratos producidos en el ámbito familiar cotidiano y doméstico, por lo tanto privado, suelen provenir por parte de un agresor que tiene un vínculo afectivo con la mujer maltratada (marido, compañero, padre, hermano, hijo).

Es por obvias razones que el agresor tiene una relación estrecha con la mujer violentada, su contacto o proximidad a esta es mayor y facilita el que se den dichas situaciones de maltrato.

d) La violencia hacia la mujer (violencia de género) ejercida en el espacio doméstico se le denomina violencia doméstica o violencia conyugal debido a que ocurre al interior de la pareja, donde la mujer integra la población de mayor riesgo.

La violencia doméstica o conyugal persigue los mismos objetivos que la violencia de género, aludiendo a todas las formas de abuso, por acción u omisión, que ocasionan daño físico y/o psicológico y que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable, incluyendo relaciones de noviazgo, pareja o los vínculos con ex parejas, ya que el espacio doméstico no se limita a la casa u hogar sino que está delimitado por las interacciones en contextos privados.

Patricia Trujano Ruiz (1994) explica que las mujeres agredidas física y sexualmente por sus parejas llegan a desarrollar cuadros sintomatológicos muy amplios, caracterizándose por su baja autoestima, impotencia, pasividad,

dependencia y aceptación de la sumisión. Considera que las mujeres llegan a soportar esta situación altamente desgastante por periodos de tiempo prolongados (incluso toda la vida).

e) Dentro del abuso psicológico de los maridos que golpean (lo que se llama en psicología la triangulación), hay otro tipo de abuso: utilizar a los hijos para hacer sentir culpables a las esposas. En este caso los hijos sirven de mensajeros.

Las amenazas a través de los hijos, o que le va a quitar al hijo, son abusos psicológicos que preceden al abuso físico.

Todos estos abusos impiden que la mujer deje el hogar violento. Esa violencia psicológica a la que están sometidas muchas mujeres, es más horrorosa que el abuso físico, ya que los hijos forman un elemento de suma importancia para las madres y el que se les presente la posibilidad legal o forzada de alejamiento de dichos hijos representa una amenaza de gran intensidad.

Patricia Trujano Ruíz (1994) explica que los malos tratos psíquicos son reconocidos como cualquier acto o conducta intencionada para producir desvalorización, sufrimiento, humillación y pérdida de la autoestima.

Algunas de las manifestaciones de la violencia Psicológica son: el abuso verbal (rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, hacer ironías); la intimidación (miradas amenazantes, gestos o gritos, arrojar objetos); amenazas directas (herir, matar, suicidarse, llevarse a los hijos, abuso sexual (imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de

relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza); aislamiento (control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades); desprecio (tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro).

Como puede verse existe una amplia gama de manifestaciones violentas, sin embargo, la persona abusada mantiene esta relación porque se vuelve codependiente del agresor, aún después de ser golpeada.

Con base en lo antes expuesto resulta necesario establecer los roles que adopta tanto el agresor como la víctima, ya que al presentarse la violencia se ven afectados todos los miembros que tiene una convivencia directa. Con esto se da paso a la cuestión de los roles que se ejercen y de qué manera fomentan dicha situación de violencia.

1.2 Juegos de roles en la violencia de género.

En este subtema se amplía la información del proceso que sigue la violencia de género, para lo cual se proporciona una visión más exacta de los roles que las personas que viven dicha violencia van adoptando por consecuencia de la misma.

La violencia de género es un fenómeno que ha tenido un aumento considerable y se le relaciona con una actitud misógina, donde los hombres tienen una mentalidad tradicionalista y una creencia de supremacía masculina.

Patricia Trujano Ruiz (1994) describe el ciclo de la violencia que suele presentarse y repetirse en muchas relaciones de pareja, el cual está caracterizado por tres fases fundamentales:

La primera fase se distingue por la *acumulación de tensión* donde se observan cambios repentinos en el ánimo del agresor, quien comienza a reaccionar agresivamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos, por lo que inicia el surgimiento de pequeños episodios de violencia que escalan hasta alcanzar al ataque mayor, pero son minimizados y justificados por ambas partes de la pareja.

La tensión aumenta y a cada momento es más difícil manejarla ya que ambos van entrando en estados de ánimo delirantes.

La frecuente repetición de los ataques dan pie a la segunda fase del ciclo que es *la descarga aguda de la violencia*; en esta etapa existe violencia física de manera incontrolada y destructiva hacia la mujer, y suele ser la más corta de las tres.

El agresor manifiesta una amplia fuerza. Al final del episodio, ella termina severamente lastimada y él no entiende exactamente lo que sucedió. Es frecuente que cuando venga el ataque agudo sobrevenga la negación del hecho: ambas partes intentan justificar y minimizar la seriedad de lo sucedido.

Por último la fase conocida como *luna de miel reconciliatoria* que aparece después del ataque físico donde el agresor sufre un periodo de ataque de nervios en donde no recuerda con claridad lo que sucedió.

La búsqueda de justificación de la pareja da inicio a "la luna de miel", fase que se caracteriza por la actitud amorosa y arrepentida del abusador. Ambos dan la bienvenida a esta etapa, que irónicamente representa el momento en que el ciclo de victimización se completa. El agresor cree que jamás volverá a lastimar así a su compañera y que ella ya aprendió la lección. Ella por su parte comienza a responsabilizarse por lo ocurrido y siente que debe ayudarlo.

El ciclo se repite una y otra vez, y en muchos casos la fase tres desaparece, sucediéndole las amenazas de daño mayor o muerte para la mujer y sus hijos. La mujer se vuelve cada vez más sumisa e introvertida por miedo a despertar el cólera del agresor. Su imagen y autoestima se devalúan al grado de auto percibirse en la "indefensión aprendida", es decir, en un desamparo condicionado que anula toda posibilidad de reacción ante la desesperanza y el repetido fracaso de detener la agresividad del hombre violento.

La persona abusada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aún después de ser golpeada. Es frecuente escuchar esta frase: "Es que yo lo quiero". Personas que llevan años soportando golpes dicen: "Yo no me separo porque lo quiero". Es imposible querer a una persona que está tratando a su pareja de manera inhumana, eso es depender del agresor.

Patricia Trujano Ruiz (1994) habla de otro motivo por el cual algunas mujeres no se separan de este problema de codependencia. Este es la presión que ejerce la sociedad y de manera concreta la familia, pues existe un gran peso en la idea de ser una mujer separada o divorciada, por ello prefieren hacer caso omiso, como si no pasara nada. Al igual la religión crea la

mentalidad de que se debe permanecer con el esposo (sin importar que sea abusador) en las buenas y malas, y por el resto de sus días. La mujer de manera inconsciente justifica su permanencia anteponiendo el “bienestar” de sus hijos. No dándose cuenta que se les hace más daño a los hijos cuando ven como su padre agrede a su madre.

“La mujer que es violentada sufre un desgaste psicológico preocupante; se distorsiona su percepción, su identidad y su autovaloración, viéndose incapacitada para la toma de decisiones acertadas. Ocurre una ambivalencia del pensamiento, hasta el punto de creer que su esposo es bueno cuando no la golpea. Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada”. (Trujano; 1994: 45).

Las víctimas de maltrato verbal muchas veces piensan que este no es lo suficientemente grave como para tratar de hacer algo para impedirlo; en otros casos llegan a creer que se merecen dichas ofensas.

Las que están siendo golpeadas tienen miedo a represalias por parte del agresor ya que este amenaza con matarlas, en algunos casos no se denuncia al abusador, pues a menudo este goza de una buena imagen pública. Otras temen enfrentar la vida sola o simplemente no tienen los medios para hacerlo.

Lamentablemente, cuando una mujer está siendo víctima de cualquier tipo de violencia por parte de su esposo o "compañero", está tan enfrascada en defenderse que a menudo no puede darse cuenta del daño que también están sufriendo sus hijos. A veces permite hasta los maltratos físicos o verbales a estos por parte del padre o padrastro porque se siente incapaz de detenerlos ni siquiera en lo que respecta a sí misma.

Patricia Trujano Ruiz (1994) explica el papel que juega el maltratador: para esto es necesario que se conozca la personalidad que los rige. Los agresores suelen venir de hogares violentos, padecer trastornos psicológicos y la gran mayoría de ellos utilizan alcohol o drogas dando como consecuencia un aumento en la agresividad. Generalmente manifiestan inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, aislamiento, celotipia, inestabilidad emocional, son impacientes e impulsivos. Soliendo trasladar sus frustraciones hacia el sexo “débil”; es decir las mujeres.

Las mujeres que aguantan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, toda la familia termina afectada. Las mujeres en situaciones abusivas pierden su autoestima. No saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren.

Es básico proporcionar al ser humano desde la infancia una educación y mentalidad basada en valores morales que les permita satisfacer a su vez sus necesidades afectivas y tener nuevas experiencias. Que tanto las mujeres como los hombres aprendan a respetarse entre sí, se sientan dignos y merecedores pero también sean respetuosos y humildes.

1.3 Influencia de la violencia de género en la emocionalidad adulta.

En la sociedad actual a pesar de las modificaciones que han tenido los roles tanto del hombre como de la mujer, continúa vigente un predominio del hombre en relación con la mujer; ésta actitud está ligada a la visión de la mujer desde un punto de vista predominantemente masculino.

La cuestión ya tratada como es la violencia en cualquiera de sus tipos y niveles sigue siendo un tema de gran preocupación pues existe una situación ambigua, por una parte se promueve altamente la liberación femenina, la equidad de género, la capacidad de la mujer para diversos aspectos sociales, y por otra parte se sigue dando pie a que se le trate a la mujer como un apoyo o impulso al varón y no como una candidata a ser apoyada para su desarrollo.

Según Diane G. Papalia (2003) una emoción es el hecho de presentar un temor, enfado, estar contento; es decir encontrarse en un estado que provoque una sensación sea o no placentera y que sin duda tiene que ver con cuestiones físicas pero también con la presencia y liberación de sustancias químicas encontradas en el organismo del ser humano.

Las emociones provocan el individuo alertas manifestadas a través de las sensaciones, que indican que existe un estímulo interno (sustancias químicas) o externo (situaciones o conductas).

Para explicar mejor la emocionalidad del ser humano se considera necesario hacer mención de cuatro teorías de la emoción que son básicas para la explicación de las emociones, ya que están íntimamente ligadas con las conductas que se tienen y por consecuencia existe relación con las reacciones violentas. Estas teorías son rescatadas por Diane Papalia (2005) con una claridad adecuada.

La primera es la teoría de James - Lange; donde se habla de los sentimientos como un producto totalmente físico. En esta teoría se supone que primero aparece un suceso, como acto seguido surge la emoción (ej. Miedo) y

luego experimentamos las sensaciones fisiológicas relacionadas con esta emoción (sudoración, agitación) y como consecuencia surge el comportamiento que se cree adecuado a la situación (correr, gritar). Ambos autores apuntan a favor de la posible inversión de esta secuencia, es decir, que la base de las emociones deriva de nuestra percepción de las sensaciones fisiológicas, como los cambios en el ritmo cardiaco, la tensión arterial y las contracciones de los músculos viscerales y del esqueleto.

De acuerdo con la teoría antes mencionada se pueden explicar las emociones, reacciones y comportamientos de la mujer violentada; es decir, al ser maltratada físicamente se presentan sensaciones fisiológicas como lo es el dolor, surgiendo de esta manera el miedo, provocando la huida y la búsqueda de la supervivencia, lo cual suele ser interpretado por el violentador como señal de debilidad.

La segunda teoría es la de Cannon – Bard donde se hace referencia a que los sentimientos son un producto cognitivo. Ambos autores mostraron que las reacciones fisiológicas que acompañan a diferentes emociones son las mismas aún cuando el pensamiento esté enfocado en situaciones de distinta índole.

En otras palabras, cuando una persona está nerviosa, enfadada o tiene miedo, aumenta el ritmo cardiaco, la velocidad de la respiración y los músculos se tensan. Así, si se dependiera únicamente de respuestas fisiológicas, no sería capaz el individuo de distinguir una emoción de otra por la similitud de lo experimentado en diversos estados emocionales.

Esta teoría basada en los productos cognitivos y que iguala las reacciones en distintas emociones también sucede con los animales.

Por lo anterior determinaron que la experiencia emocional y la activación fisiológica ocurren al mismo tiempo.

Con base en esta teoría se puede entender que tanto el hombre que maltrata, como la mujer violentada experimentan emociones y reacciones fisiológicas simultáneas que pueden ser malinterpretadas, un ejemplo claro sería el temor con el respeto y tolerar el dolor como un sacrificio o comprobación de amor hacia la pareja que golpea. Las interpretaciones incluyen procesos psicológicos y fisiológicos.

La tercera teoría expuesta es la de Schachter – Singer donde se establece que las emociones dependen de una doble apreciación cognitiva: cómo se evalúa el suceso y de qué manera se identifica lo que está pasando con el cuerpo, esto es que existe un aumento de las reacciones emocionales cuando experimentan ascenso en la activación que no se pueden atribuir a ninguna otra fuente, es decir, la activación puede aumentar la intensidad de la emoción, pero no la causa necesariamente.

Con ésta teoría se explica un proceso común en las mujeres violentadas; es decir, al ser maltratadas se genera el temor lo cual aumenta la sumisión y dependencia de las mujeres hacia su pareja, pero no necesariamente tiene que ir en aumento la violencia para que se de ese proceso en la mujer ya violentada.

Una cuarta y última teoría es llamada “Feedback” facial, donde se hace referencia a las expresiones faciales como una conducción a la emoción. Los individuos se limitan a mover sus músculos faciales, generando señales fisiológicas de emoción más pronunciadas que cuando piensan en experiencias emocionales.

Esta teoría además de explicar la relevancia de las expresiones faciales en el estado emocional que la persona presenta, también brinda la posibilidad de mejorar dicho estado emocional iniciando con la modificación de la gesticulación.

De acuerdo con lo anterior, tienen mayor peso los gestos que se realicen al tener una emoción o buscar cambiarla que el simple hecho de imaginarla o pensarla.

De acuerdo a las teorías antes mencionadas se puede formar un criterio de diversas perspectivas que permiten conformar una idea de cómo funcionan las emociones, los sentimientos y cuáles son los efectos o reacciones que surgen como consecuencia. En dicho caso lo que interesa son las conductas agresivas hacia las mujeres y cómo se ve afectada su emocionalidad con las diversas experiencias que las mujeres viven desde su infancia y que se ven magnificadas durante la adultez.

A continuación se da paso a uno de los padecimientos más comunes en la actualidad y que predomina en las mujeres que sufren violencia intrafamiliar, ya que causa malestar, sumisión y dependencia, entre otros, esto es la depresión.

Por ello considerando su importancia en el proceso emocional se procede enseguida a presentar la información pertinente para entenderla.

CAPÍTULO 2.

LA DEPRESIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA FÍSICA INTRAFAMILIAR.

Como se ha dicho en el capítulo anterior la violencia física intrafamiliar ha tenido un aumento dramático en la actualidad, lo cual preocupa a la sociedad en general. A pesar de los esfuerzos aplicados en la búsqueda de disminución y la mejora en las convivencias de los sistemas en el hogar, las familia y propiamente en la pareja.

Es sin duda la mujer la principal víctima de dicho abuso, esto se debe a diversos factores como son: la sumisión por depender económicamente del varón, la educación generacional, la creencia religiosa (temor divino), la codependencia y el temor a enfrentar la vida sola.

Es por toda una serie de situaciones que se dan cambios en la emocionalidad del adulto, tanto en el abusador con en la victima.

En este capítulo se habla de los procesos depresivos como resultado de la violencia física intrafamiliar.

Durante el desarrollo de la investigación se va haciendo referencia constante de algunos teóricos como Beck quien pone gran interés en los procesos depresivos, así como los diversos factores que predisponen a las personas a sufrirlos. Se da mayor énfasis en el factor de la violencia intrafamiliar.

2.1 Concepto y niveles de depresión.

La depresión se comienza a generar cuando la persona siente que las situaciones que se le presentan están fuera de control, donde se rebasa su capacidad de dirección, de lidiar con dichas situaciones, el panorama presentado se vuelve difícil de entender y superar.

No todas las personas que viven situaciones tensas o estresantes sufren una depresión, ya que como se mencionó antes, depende de cada persona, de su capacidad para enfrentar y resolver problemas.

Existen personas que tienen una mayor predisposición a padecer depresión, es en estas personas en las que situaciones por leves que parezcan resultan con un alto grado de complicación y gravedad, mientras que para otras personas con menor o nula predisposición resultan dichas situaciones simples y cotidianas.

El Doctor Ernesto Lamoglia (2005) define la depresión no como un estado de ánimo, sino como una enfermedad con síntomas específicos, causada por un desequilibrio bioquímico, según lo anterior, la depresión tiene una causa específica que es el desorden de sustancias encontradas en el organismo.

Se puede ver que la depresión es una serie de padecimientos tanto físicos como emocionales que provocan que el organismo esté expuesto a otras enfermedades y no logre defenderse. El individuo simplemente está indefenso.

Con relación a la depresión Papalia (2003) explica que es el problema de salud mental más corriente en los Estados Unidos en la actualidad, con unos 20 millones de americanos que necesitan tratamiento para este estado incapacitante, aunque solo el 25 por 100 de ellos buscan ayuda.

El peligro más grande de la depresión es el suicidio, ya que 15 de 100 personas se suicidan, y cuanto más viejos son, más probable es que estén dispuestos a dar ese paso. Lamentablemente se debe a que las personas de la tercera edad tienen mayor dificultad para encontrar motivos para continuar viviendo o “luchando”.

No puede calificarse como depresión, cualquier etapa de infelicidad, y es de esperarse que se tengan reacciones a determinadas situaciones que suponen un período de tristeza y pena, como es la pérdida de un objeto significativo o un ser querido. Sólo cuando un estado de ánimo semejante persiste durante largo tiempo, interfiriendo en el funcionamiento ordinario, se califica de depresión. Esto se refiere a que el individuo tiene su capacidad decisiva, intelectual, motriz y racional limitadas.

“Se debe tomar en cuenta que las mujeres tienden a deprimirse más que los hombres, esto con base en estudios comparativos que se han hecho”. (Papalia; 2003: 559).

Es importante esta aclaración, ya que es mucho más común encontrarse con mujeres que tienen depresión que con hombres. Una explicación es que por cuestiones sociales a las mujeres se les permite una mayor exteriorización de las emociones, mientras que los hombres tienen la presión social de parecer fuertes y no demostrar debilidades o simple tristeza.

Otra razón es que las mujeres representan el grupo más vulnerable para ser víctimas de injusticias.

Aunque la depresión sea más común que se manifieste en mujeres por cuestiones familiares, los hombres tienden a deprimirse cuando tienen la sensación de no cumplir expectativas de tipo laboral.

En los hombres suele establecerse socialmente la idea de un prototipo de proveedor exitoso, tener un trabajo que cubra altas expectativas, cuando estos requerimientos sociales no se cumplen, el hombre experimenta frustración, presión, estrés y tristeza.

Es importante señalar que existen diversos niveles de depresión, es necesario que sea identificado cuando deja de ser un simple periodo de tristeza por un evento demasiado fuerte o estresante y pasa a ser una cuestión patológica.

Palmero (2004) explica la tristeza como una emoción básica y afirma que existen ciertas variedades afectivas relacionadas con la tristeza, como es el caso de la depresión.

La tristeza está relacionada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida ésta como un objeto o una persona. Dicha

pérdida no tiene por qué ser irreversible o permanente, puesto que puede referirse a una separación temporal de algo o alguien especialmente apreciado por la persona que experimenta la tristeza; además, puede ser experimentada también cuando la pérdida es sufrida por alguien próximo a la persona que experimenta la tristeza.

La estructura temporal de la emoción de la tristeza puede ubicarse en el pasado, presente y en el futuro. Respecto a la tristeza ubicada en el futuro, difícilmente se puede sentir la consecuencia ya que aún no ha ocurrido, pero está relacionado con una experiencia previa de dicha situación. La persona se encuentra a la defensiva.

En cuanto a las funciones de la emoción de la tristeza está la capacidad adaptativa, al igual que ocurre con otras emociones a las que genéricamente se les denomina “emociones negativas”, no parecen inherentemente de este modo, de hecho aunque se asocie la tristeza con un estado en el que predomina una fenomenología negativa, no siempre posee las connotaciones negativas atribuidas, ya que existen situaciones en las que la emoción de tristeza, incluso el estado afectivo asociado a la emoción de tristeza, poseen características positivas.

Tal es el caso de las situaciones que inducen al sentimentalismo o aquellas otras en las que se produce la nostalgia (que podría ser considerada como un estado afectivo complejo en el que se combinan una emoción negativa, como la tristeza, y una emoción positiva, como la alegría).

Otra función de la tristeza tiene una connotación social ya que es interpretada como una petición o demanda de ayuda a los otros miembros del grupo o de la sociedad. Permite transmitir información a los demás acerca del estado de pérdida que caracteriza a un individuo.

Existe otra función importante de la tristeza que tiene una connotación personal, ya que, siendo la emoción más reflexiva que existe, permite que una persona haga introspección, realice un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general.

De igual forma se encuentra la desesperanza aprendida que se refiere al hecho de que, con repetidas exposiciones a un determinado acontecimiento, las personas aprenden en qué medida sus conductas influyen o no en los resultados obtenidos. Así, cuando se aprende que los resultados no dependen de las propias actitudes voluntarias, el individuo en cuestión desarrolla una indefensión aprendida, que, a grandes rasgos, se refiere a un estado psicológico que resulta cuando una persona percibe que los acontecimientos que ocurren son incontrolables.

La indefensión aprendida produce repercusiones negativas, o deficientes, en los planos motivacional, cognitivo y afectivo.

En cuanto a las deficiencias motivacionales existen una disminución considerable de las conductas voluntarias. Por regla general, los individuos señalan que no merece la pena intentar ningún tipo de actividad, ya que el resultado siempre será el mismo: el fracaso.

En este tipo de deficiencia se pierde un factor de gran importancia para la superación de obstáculos y la intención de conseguir objetivos que es el tener un motivo para continuar.

En relación a las deficiencias cognitivas, se encuentran asociadas al pesimismo, que impregna cualquier tipo de actividad mental dirigida a la eventual solución de la situación. Los individuos afirman tener la creencia de que sus conductas no conseguirán objetivos positivos, ya que los resultados se encuentran fuera de control de sus propias acciones. Esto se convierte en un círculo vicioso que produce una mentalidad derrotada.

Por último se encuentran las deficiencias afectivas que se manifiestan mediante la ocurrencia de dos emociones básicas: el miedo y la tristeza. La primera respuesta emocional básica tiene que ver con el miedo. Es evidente que, ante una situación que escapa a la posibilidad de control de un individuo, una de las primeras reacciones se refiere a la emoción del miedo, asociada a la idea de lo que ese individuo puede perder. Sin embargo, es también muy probable que, con el paso del tiempo, la persona descubra que nada se puede hacer. En ese momento, se produce un cambio afectivo importante, ya que, como consecuencia de la expectativa de incontrolabilidad, se inicia un proceso emocional de tristeza (anticipando ya lo que se va a perder), para dar lugar casi de forma inmediata a la depresión.

Es por lo anterior fácil de comprender que la tristeza evoluciona negativamente para convertirse en depresión, ya que la indefensión está asociada a la ansiedad de los individuos que sufren la depresión por desesperanza.

Una variable frecuentemente asociada a la emoción de tristeza es el trastorno depresivo, al igual que ocurría con la emoción de miedo y la variable afectiva de la ansiedad.

En el libro de Psicología de Papalia (2003) se hace mención de un estudio realizado por Beck donde descubrió que las personas deprimidas tienen un pobre concepto de sí mismas, se autocritican, se sienten desgraciadas, exageran sus problemas y cobijan ideas de suicidio. En su opinión el depresivo sufre un trastorno básico de pensamiento. Exagera los fallos, interpreta mal las afirmaciones sobre su ser para llegar a creer que es malo, ve el lado negativo de las experiencias ordinarias y ve con pesimismo el futuro. Según Beck, sufren una disfunción cognitiva y emocional.

Cabe señalar que las características antes mencionadas suelen tener su origen en una deficiente capacidad para relacionarse o son introyectos que la misma sociedad ha proporcionado al individuo.

Como las personas deprimidas se aferran a sus pensamientos, se perturban todavía más, desarrollando una falta de decisión y de esperanza que les hace actuar de tal manera que empeoran aún más su depresión.

Las personas deprimidas experimentan con frecuencia algún tipo de cambio: dormir o comer mucho más o mucho menos de lo normal, tener problemas de concentración repentinos, pérdida considerable de energía o de interés por actividades que antes eran de su agrado, perder el deseo sexual o por el contrario buscar constantemente tener contacto sexual. De hecho,

algunas veces estos síntomas están presentes sin la tristeza, a pesar de ello, llevan un diagnóstico de depresión.

A continuación se presentan los diversos procesos depresivos considerados patológicos:

Los episodios depresivos mayores pueden darse a cualquier edad, incluso en la infancia, y los síntomas de depresión son algo diferentes en personas de distintas edades. Los niños deprimidos, por ejemplo, tienen tendencia a experimentar ansiedad ante la separación o al hecho de estar demasiado apegados a alguien, no quieren ir a la escuela, y tienen miedo de que los padres mueran.

En las depresiones mayores con características psicóticas aparecen con frecuencia síntomas adicionales: ideas delirantes de persecución (en las que el paciente se siente pecador, culpable y merecedor de castigo), ideas delirantes de tipo somático (en las que la persona cree que le faltan determinadas partes de su cuerpo o que estas no le funcionan), alucinaciones auditivas (oyen voces) y pensamiento desordenado y confuso.

“La depresión distímica normalmente tiene lugar en los primeros años de la vida adulta, aunque puede darse en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta tardía, algunas veces a continuación de un episodio depresivo mayor. El comienzo de un episodio depresivo es variable, desarrollándose a veces durante un periodo de días o semanas, y otras como una reacción repentina a un estrés grave”. (Papalia; 2003: 559).

El Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (TR) (2003) clasifica la depresión como trastorno del estado de ánimo; además sugiere poder distinguir los episodios depresivos únicos de los que son recurrentes.

El trastorno de un solo episodio es exactamente eso: un fenómeno aparente que ocurre una vez.

Un trastorno recurrente existe cuando ocurre otro episodio de depresión después de un lapso de, al menos, dos meses consecutivos en los que no hubo depresión.

“Las depresiones difieren en varios aspectos. Pueden ser bipolares o unipolares, y pueden variar en gravedad desde una interferencia muy leve del estado normal hasta un estado psicótico extremo que demanda hospitalización”. (Papalia; 2003: 560).

Cuando se habla de depresiones bipolares se entiende que el individuo fluctúa entre cambios de estado de ánimo muy diferentes, es decir dos polos como son: la alegría y la tristeza.

“Pueden ser reactivas o exógenas, es decir, se dan como respuesta a algún acontecimiento en la vida de una persona que sería preocupante para casi todo el mundo (la muerte de un pariente próximo, la pérdida del empleo o el final de una relación amorosa). Esta clase de depresión tiene un pronóstico terapéutico mucho mejor que la de proceso o endógena, que surge sin razón aparente”. (Papalia; 2003: 560).

Cuando una depresión es reactiva o exógena tiene como origen un evento de importancia y desagradable, pero resulta con mayor probabilidad de mejoría pues se tiene una causa.

Michael Yapko (2006) menciona la importancia de que se tome en cuenta que una persona con depresión puede estar presentando un fenómeno llamado co-morbilidad debido al uso de tóxicos los cuales favorecen la distorsión de la percepción y de las emociones.

Es común encontrar casos de personas que sufren una depresión y en quienes al hacer una investigación más a fondo con el uso de historia clínica o simple diálogo sobre su vida se encuentre que hacen uso de medicamentos e incluso drogas en la búsqueda de escapar de su realidad desvirtuada. Esto es sin duda un factor que debe ser considerado importante, pues algunos medicamentos pueden producir el estado decaído, al igual que algunas sustancias psicotrópicas que resultan íntimamente ligadas al estado depresivo presentado en el individuo.

Goodwin (2005) realizó un espectro de la depresión donde traza una línea en la que un extremo se encuentra el mal humor normal transitorio, y en el otro, el sube y baja entre la desesperación y la euforia alternada. A esto se le conoce como depresión maniaco depresiva o trastorno bipolar.

En enfermedades maniaco – depresivas, el estado de ánimo del individuo puede ir de la euforia a la depresión. Es frecuente que existan varios estados depresivos por cada estado eufórico.

Algunos episodios de depresión pueden ser causados por enfermedades físicas y por los efectos secundarios de ciertos medicamentos; ya que puede producir farmacodependencia, alteraciones en el comportamiento, favorecimiento del sentimiento de que se sea víctima, somnolencia, entre otros.

Una vez revisados los diversos niveles que tiene la depresión, se considera importante determinar cuál es la influencia que la sociedad transmite y de qué manera favorece, predispone y mantiene el desarrollo de procesos depresivos en las mujeres adultas en la actualidad.

2.2 Influencias sociales para el desarrollo de procesos depresivos en mujeres adultas.

Se ha visto que en la actualidad la mujer presenta una lucha constante por destacar, por posicionarse socialmente en puestos de altos mandos, además de que le sean reconocidos sus méritos y se le respete en ámbitos tan importantes como el propio hogar. Sin embargo se han identificado con un sinnúmero de dificultades para el logro del desarrollo de ella a causa de una sociedad aún prematura y un tanto negada a aceptar cambios.

Es importante reconocer el papel que ha jugado el género femenino en la historia. En todas las culturas de las jerarquías religiosas aceptaban, en términos generales, la presencia de una gran diosa madre de la cual surgían los pequeños dioses o semidioses que no eran capaces, por sí mismos, de crear nada. Posteriormente empieza a desaparecer la idea de esta superioridad femenina y aparece la antropomorfización de los dioses en la cultura griega,

muy accesible al reconocerse en un Dios. De aquí comienza pues a darse el poder y fuerza al varón en las cuestiones sociales.

De acuerdo con Papalia (2003) el individuo al aislarse pierde la oportunidad de recibir estímulos positivos que podrían elevar su nivel de autoestima. Al mantenerse apartado de la sociedad contribuye a su decadencia, y así su pensamiento trastornado se ve justificado por la experiencia, creando un círculo vicioso.

Cuando las mujeres se ven amenazadas por su entorno prefieren huir a un estado que consideren seguro como lo es la introversión o un estado mental como lo es la depresión.

Las mujeres cuando son violentadas adquieren un sentimiento de incapacidad, se sienten desvalorizadas, además de que al ser sometidas su opinión queda totalmente omitida, formándose un sentimiento de culpa y malestar.

“Algunos factores que favorecen el desarrollo de procesos depresivos son: el rompimiento del núcleo familiar, el cambio de roles entre hombres y mujeres, la falta de estabilidad en las relaciones, el aumento dramático de la violencia; así como el creciente énfasis en la tecnología (televisión y computación), que deriva en una sobrecarga de información y en la devaluación del contacto humano”. (Yapko; 2006: 16).

El rompimiento del núcleo familiar suele provocar desorientación en cada uno de los integrantes de la familia, lo cual los lleva a tomar decisiones erróneas y conformistas.

La familia es uno de los factores de mayor importancia en el fortalecimiento de la autoestima, el núcleo familiar es el encargado de proporcionar valores, afectividad y promover las relaciones interpersonales productivas.

Cuando el núcleo familiar es fragmentado surgen algunas deficiencias significativas en el plano emocional, ya sea culpa, rencor, tristeza o decepción, pero es aún más grave cuando esta desintegración conlleva violencia física y obviamente resultan otros sentimientos negativos en los individuos que la padecieron.

El cambio de roles entre hombres y mujeres ha llevado a una confusión entre las cuestiones que corresponden a cada género, qué tanto se debe tolerar y hasta qué punto se debe apoyar. Aunque el objetivo desde un principio ha sido la equidad de género, no se ha logrado en su totalidad ya que existen introyectos tanto en hombres como mujeres que provienen desde el hogar paterno que impiden la igualdad y evolución de las relaciones interpersonales.

En algunos casos los roles en los integrantes de la familia son modificados, pero solo a conveniencia y en algunos aspectos, es decir, las mujeres pueden salir a trabajar y los hombres realizar quehaceres del hogar, pero en caso de que la mujer pretenda tomar alguna decisión o realizar algún gasto para ella misma o para los hijos, el hombre manifiesta inconformidad e incluso llegar a violentar por su disgusto.

La violencia ha tenido un aumento desorbitante, ya que se le relaciona con poder. A pesar de ser rechazada es a su vez utilizada en la menor provocación, ya que es una manera tentador de mantener control.

Los medios de comunicación proporcionan un constante bombardeo de situaciones violentas, esto puede verse en programas televisivos de cualquier índole, incluso en las caricaturas dirigidas a niños, pues se hace uso de violencia física y verbal, generando personalidades agresivas en la adultez.

Una de las consecuencias de que se reconozca la influencia sociológica en la depresión es que no se puede considerar como un problema individual. Por el contrario, se tiende a pensar que la influencia de la sociedad durante la vida es lo que forma las opiniones y actitudes del individuo.

La cultura ayuda a definir lo que significa ser hombre o mujer, y también influye en los puntos de vista en general, incluido el amor, la familia, el tiempo, el dinero, el estrato social, la política, el arte, la religión, la moda, el gobierno, la educación, la profesión y todo lo que forme parte de la vida del ser humano.

La mujer se ve expuesta a las críticas y exigencias en varios aspectos de su vida, tanto profesionalmente como físicamente, constantemente es comparada con los prototipos de belleza que la sociedad, los medios de comunicación y hasta la propia familia imponen, creando inseguridad; esto en la adultez de la mujer le hace tener como idiosincrasia que debe agradecer que se le quiera, y no pensar que se le quiere por como es.

2.3 Desarrollo de procesos depresivos en mujeres violentadas.

El desarrollo de los procesos depresivos en la mujer es muy variado, es decir, se pueden encontrar diversos niveles y son desencadenados por diversas situaciones o motivos.

Cuando se habla de las mujeres violentadas se observa que su proceso depresivo es similar, ya que adquieren conductas de sumisión similares, incremento significativo en el desinterés por actividades que anteriormente eran de agrado, pérdida o disminución del apetito sexual, pensamientos de incapacidad y pesimismo, sentimientos de impotencia y la mayoría de las veces se apropian la idea de merecer el maltrato, pues no satisfacen las necesidades de su pareja (quien es el principal victimario).

De acuerdo con Lamoglia (2005) es mayor el número de mujeres que, siendo víctimas de la depresión, buscan ayuda médica y psicológica para resolver sus problemas. Las dos principales causas de su participación desproporcionada en la población deprimida son de tipo biológico y psicosocial: las diferencias fisiológicas y bioquímicas, y sus expectativas tan conflictivas.

Con base en lo dicho por Lamoglia las mujeres tienen mayor probabilidad y predisposición genética de padecer una depresión; al igual que intervienen cuestiones sociales que provocan estrés como lo es la violencia intrafamiliar de tipo física, económica, sexual, psicológica, entre otras.

Es probable que algún factor biológico revista alguna importancia en ciertas depresiones y que en estos casos el tratamiento con drogas sea especialmente importante, pues se habla de una situación o padecimiento de origen bioquímico.

Bellack (2007) explica que existen factores externos precipitantes para la presencia de procesos depresivos, pero dichos procesos dependen en gran medida de la capacidad que tenga el individuo para manejar diversas situaciones que se le presenten en la vida y que dependerá también del estado anímico en el que se encuentre en ese momento, es decir, la persona que reacciona a una depresión es porque la situación presentada es muy significativa para el individuo, además la persona tiene inestabilidad y ambivalencia emocional.

De acuerdo a lo antes mencionado por Bellack cuando una mujer adulta se encuentra en un estado depresivo aunque sea leve tenderá a sufrir un aumento de este estado, es decir, magnificar su depresión, ya que cualquier situación por simple que pareciera para una persona en estado emocional

saludable no es igual para la mujer deprimida; cualquier situación estresante se vuelve aún mayor y se percibe complicada de resolver.

Es por esto que las mujeres violentadas tienen una mayor probabilidad de padecer depresión; pues su estado emocional ha sido perturbado al igual que su estabilidad psíquica, su autoestima se minimiza y como consecuencia también su poder de decisión; adquiriendo una actitud sumisa, temerosa e impotente.

CAPÍTULO 3.

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

3.1 Metodología.

La investigación fue realizada con base en un paradigma mixto, es decir es cuantitativo ya que proporciona características y datos objetivos respecto a las variables investigadas.

Eligiendo una primera definición de paradigma mixto se establece que “Es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema”. (Hernández; 2008: 755).

El paradigma mixto va más allá de la simple recolección de datos de diferentes modos sobre el mismo fenómeno, implica desde el planteamiento del problema mezclar la lógica inductiva y la deductiva.

El paradigma mixto cuenta con una serie de características que deben ser tomadas en cuenta para obtener mejores resultados y que a su vez cuenten con una mayor organización. Si se toma en cuenta que los datos que pretenden analizarse serán recopilados por medio de un instrumento previamente estructurado se hace evidente la necesidad de contar con un orden que evite el desaprovechamiento de la información obtenida., orden que el paradigma mixto ofrece.

Con respecto a este paradigma Hernández (2008) propone que la investigación basada en un paradigma mixto cuente con las siguientes

características que se considera son las más significativas para alcanzar los fines y objetivos de esta investigación:

Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos y que el fenómeno estudiado pertenece a la realidad, para lo que se eligió una población significativa de personas voluntarias que permitieron obtener datos objetivos.

La investigación basada en un paradigma mixto debe ser lo más “objetiva” posible. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador. Éste debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros, se busca minimizar las preferencias personales.

Lo que se busca obtener a través de la utilización de un paradigma mixto son patrones de conducta comunes en las mujeres que puedan tomarse en cuenta con respecto a una situación determinada y que proporcionen un panorama amplio y objetivo con relación a la problemática planteada en un inicio y que a su vez pueda aceptarse o rechazarse dicha alteración.

Aplicando la utilidad del paradigma mixto para lograr los fines de esta investigación se consiguió probar supuestos y responder preguntas como las planteadas en esta investigación, que relacionan el contacto de una situación de tipo familiar con la presencia de una alteración

Si se toma en cuenta que en la presente investigación se habla de violencia, que es un fenómeno constante y cada vez más frecuente, puede resaltarse la importancia de que los resultados de esta no sean contaminados por juicios del investigador. Por ello es más relevante la entrevista clínica.

En esta investigación de tipo mixto se pretende ayudar a clarificar el planteamiento del problema; así como las formas más apropiadas para estudiar y teorizar los problemas de investigación.

Al final se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos.

Esto significa que la meta principal es explicar la relación existente entre los fenómenos, poniendo atención y demostrando la aserción de teorías utilizadas como referencia.

Para este paradigma, si se sigue rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento sobre la mutua influencia de las dos variables principales de este trabajo.

Se eligió el paradigma mixto porque se consideró que cuenta con las características necesarias para la investigación realizada; es decir, fue necesario tener identificada una problemática concreta, objetivos específicos, así como la aplicación de una escala de depresión estandarizada la cual arrojó información con valor numérico que dio respuesta a las preguntas planteadas

con anterioridad, dando pie a el apoyo de teorías ya elaboradas y la formulación de nuevas ideas.

En cuanto a la elección del método se determinó utilizar el no experimental con un corte de investigación transversal. El método no experimental permite observar de manera natural y espontánea de qué forma se da la situación investigada y así lograr analizar las características emocionales que se manifestaron en las mujeres que estaban siendo víctimas de violencia intrafamiliar de tipo físico; así como los procesos depresivos que se presentaron.

Respecto a lo antes mencionado; Kerlinger y Lee (2002) establecen lo siguiente: En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos.

De lo anterior se puede entender que la muestra fue elegida en base a determinadas características y que no se manipularon las variables.

“La investigación no experimental es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en donde sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”. (Hernández; 2008: 205).

Lo anterior hace referencia a en este tipo de investigación no hay nada planeado, no hay condiciones o estímulos administrados de forma prevista a los participantes. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por quién la realiza.

En la investigación con un método no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas. Tal como puede verse en los hogares de las mujeres violentadas, ya que dicha situación solo se observa y se toma como base para la investigación pero no se manipula o promueve que la situación o variable se presente.

Se hizo uso de un diseño de investigación transversal ya que los datos fueron recolectados en un solo momento, en un tiempo único.

“El propósito de la investigación transversal o transaccional es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández; 2008: 208).

En las investigaciones transversales se recopilan datos en un momento único y se analizan, pero a estos datos no se les da seguimiento de investigación, es decir, los datos son utilizados pero posteriormente no es de interés si continúan presentándose o van en aumento.

Los criterios utilizados para determinar que la investigación ha sido transversal son centrados en lo siguiente:

- a) Analizan el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado,
- b) Evalúan una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo,
- c) Determinan o ubican cuál es la relación entre un conjunto de variables en un momento.

De acuerdo a lo antes mencionado puede verse que se cumplen dichos criterios ya que se analizaron los niveles de depresión presentados en un momento dado, tipos de violencia, situaciones precipitantes de violencia, conductas o reacciones en situación de violencia y factor desencadenante de procesos depresivos.

En la presente investigación se manejó un diseño descriptivo, ya que permite describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; detallando cómo son y se manifiestan.

“Su propósito fundamental es reseñar las características del problema, para que en base a estas, podamos derivar los elementos de juicio que permitan conocer las variables de la investigación”. (Carrillo; 1990:23).

Respecto a lo establecido con anterioridad se hace énfasis en la función del diseño descriptivo y esto es que nos habla de las características de los elementos investigados o variables.

De acuerdo con Hernández (2008) los estudios descriptivos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.

En el caso de ésta investigación se busca recoger información y medirla de manera independiente o conjunta de acuerdo a las variables estudiadas como son la violencia física intrafamiliar en las mujeres y los procesos

depresivos que surgen de manera conjunta, su objetivo no es identificar o indicar cómo se relacionan las variables medidas.

La investigación se basó en las manifestaciones de violencia física intrafamiliar; así como en los procesos depresivos que surgían como consecuencia o a la par de dicha violencia; permitiendo obtener mayor información acerca de la problemática.

Técnicas de investigación.

En el desarrollo de la presente investigación se hizo uso de varios instrumentos como son:

En primer lugar se aplicó como instrumento un cuestionario de factores de riesgo de violencia familiar (ver anexo 1) proporcionado por el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, el cual está formado por ficha de identificación y preguntas de opción para facilitar su respuesta, lo anterior permitió identificar qué mujeres eran víctimas de violencia, así como el tipo de violencia padecida.

Respecto a la técnica utilizada en la presente investigación se eligió aplicar la entrevista semi-estructurada, la cual tiene tres metas principales: recabar información acerca del cliente o paciente, obtener datos necesarios para llegar a un diagnóstico o para tomar otras decisiones importantes, y establecer una relación con el cliente que permita una evaluación e intervención continúa si se requiere. Además cuenta con una guía de

cuestionamientos que a su vez dan la posibilidad de que el paciente tenga libertad de expresión.

De acuerdo con García (2002) la entrevista es el acto de aplicar el cuestionario a la persona o personas involucradas en el fenómeno que se estudia o a las personas que pueden informar sobre él. Se realiza en forma personal generalmente o por correspondencia cuando el caso lo amerita. Se aplica normalmente a una sola persona o a grupos no mayores de 10 personas.

En el caso de esta investigación se utilizó específicamente la entrevista semi - estructurada conformando para ello como instrumento un guión de entrevista (Ver anexo 2) que permitió la adquisición de información de los sujetos entrevistados.

Mientras algunas entrevistas se diseñan con el fin de lograr las tres metas, otras intentan lograr sólo una de ellas, como lo es el caso del instrumento utilizado en esta ocasión ya que se buscó que las mujeres investigadas se expresaran lo más posible en el relato de las conductas presentadas en relación a las vivencias de violencia física sufridas por ellas, permitiendo conocer del mismo modo las situaciones precipitantes de tal situación.

Así mismo se utilizó la historia clínica para conocer más a fondo a la muestra. La historia clínica es una serie de datos que deben obtenerse, los cuales se consideran básicos para conocer a cada individuo. Incluyó datos desde muy básicos como el nombre, edad, escolaridad; hasta datos de mayor

relevancia como familiograma, enfermedades padecidas, desarrollo del individuo, entre otras. (Ver anexo 7)

La prueba utilizada fue el inventario de Depresión de Beck (BDI) (Ver anexo 8), dicho inventario fue dado a conocer en 1961, en 1979 se creó una versión revisada y es en 1991 que Vázquez y Sanz la adaptan y traducen al castellano, en este caso fue facilitado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la clave 5481.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), es una de las pruebas más utilizadas para determinar la existencia o severidad de síntomas de depresión, así como para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos, cuenta con 21 reactivos o afirmaciones, señalados por letras del abecedario, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos, desarrollados de acuerdo a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría).

Los resultados se obtienen de manera simple ya que solo existen 4 opciones de respuesta que agiliza la contestación por parte de los individuos que la realicen, se recomienda aplicar a individuos mayores de 13 años, en este caso fue contestado por 15 mujeres de 25 a 35 años de edad, en situación de violencia.

Las ventajas de utilizar esta prueba es que su aplicación es sencilla, ya que sus reactivos son reducidos, cuya resolución no rebasa los 20 minutos,

puede ser individual, colectiva y autoadministrable, es una prueba rápida, además es válida y confiable.

Para determinar la calificación final y obtener la interpretación, se hace la sumatoria de valores obtenidos, la puntuación va de 0 a 63 puntos. Si es de 0 a 9 no existe depresión, de 10 a 18 puntos existe depresión leve, de 19 a 29 se presenta depresión moderada y mayor a 30 puntos existe depresión grave.

Población y muestra.

La muestra fue a juicio del investigador, el grupo está formado por 15 mujeres entre 25 y 45 años de edad que forman parte de un grupo de apoyo a mujeres violentadas y que además padecen de procesos depresivos. Todas ellas son casadas y tienen hijos.

Con respecto al muestreo el autor García (2002) explica “El muestreo es la técnica de seleccionar una muestra representativa de la población o universo a investigar para aplicar la encuesta. En lugar de entrevistar a una comunidad completa”.

Se utilizó un muestreo intencionado el cual se basa en una buena estrategia y el buen juicio del investigador.

Se pueden elegir las unidades del muestreo. Un caso frecuente es tomar elementos que se juzgan típicos o representativos de la población, y suponer que los errores en la selección se compensarán unos con otros. El problema

que plantea es que sin una comprobación de otro tipo, no es posible saber si los casos típicos lo son en realidad, y tampoco se conoce como afecta a esos casos típicos los posibles cambios que se producen.

Con base en lo antes establecido, en esta investigación se trató de que la selección de la muestra fuera lo más concreta y objetiva posible; pues se fue delimitando a manera de simplificar la búsqueda de respuesta para la pregunta inicial de dicha investigación.

Respecto al tamaño de la muestra el autor Olivé (2006) explica que depende en gran parte de la calidad de tratamiento estadístico que se desee, pero no existen reglas para determinar dicha magnitud que puedan aplicarse en todo tipo de encuestas. La decisión sobre la amplitud de la muestra dependió de los recursos y del tiempo disponible.

Una vez recopilados los datos, se procesaron y sistematizaron, construyendo tablas y gráficas, para luego someterlos a análisis. Así, finalmente se llegó a la respuesta de la pregunta inicialmente establecida.

La población fue tomada con base en las necesidades que se tenían para la presente investigación, la población elegida como muestra se delimitó por las siguientes características:

El grupo fue conformado por 15 mujeres entre 25 y 45 años de edad que integraban un grupo de apoyo a mujeres violentadas.

Todas fueron mujeres casadas, en su mayoría católicas, que habían sufrido violencia física en algún momento aunado a otros tipos de violencia. En

su totalidad se dedicaban al hogar, además de pertenecer a un nivel socioeconómico bajo a medio bajo.

3.2 Análisis e Interpretación de resultados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el desarrollo de la presente investigación; además de proporcionarse respuesta a cada uno de los objetivos particulares establecidos en un principio.

3.2.1 Conductas comunes que presentan las mujeres que han sido violentadas físicamente.

Con base en el primer objetivo se tiene planteado de manera textual “Identificar las conductas comunes que presentan las mujeres violentadas que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán en procesos depresivos”.

Para la resolución del primer objetivo particular la violencia física es la primera que se toma en cuenta porque todas las mujeres investigadas fueron agredidas de esa manera además de otras. Por tanto las conductas depresivas manifestadas por ellas a raíz de esa situación fueron coincidentes (ver anexo 3), tal y como se describe a continuación:

En una primera instancia se encontró que, de las 15 mujeres expresaron sentir temor ante la irritación de su cónyuge ya que era una alta probabilidad de volver a ser violentadas, tal como lo expone el capítulo 1 las mujeres tienen miedo de enfrentar una situación así ya que al levantar una denuncia al abusador este suele tener una imagen social respetable y seguramente no obtenga la protección o atención adecuada dejando su persona e hijos expuestos a la situación.

Por lo asentado se deduce que la probabilidad de que las mujeres violentadas busquen apoyo legal es mínima por el riesgo que corren al denunciar; es decir no consideran tener una garantía de seguridad y bienestar.

En un segundo aspecto 13 de ellas manifestaron también, ser sumisas por temor a ser abandonadas, tal como se establece en el capítulo 1 cuando la mujer ha sido víctima de un episodio violento busca justificar a la pareja por medio del perdón o la simple omisión de los actos violentos del cónyuge; además de que el agresor se caracteriza por mostrar en este periodo de calma una actitud amorosa y gran arrepentimiento por lo cometido.

En otras situaciones tal como lo explica el capítulo 1 la sumisión aparece como consecuencia de las constantes amenazas de daño a la integridad o incluso la muerte tanto para la mujer como para los hijos de ambos, estas amenazas son provenientes del abusador dando como resultado una actitud sumisa y pasiva evidente.

En estos casos de amenaza es comprensible que la mujer presente una conducta sumisa pues está en peligro su vida y se desconoce el grado de descontrol que la pareja (violentador) pudiera tener; además que la mujer en muchas ocasiones se siente desprotegida o desorientada acerca de cómo debe actuar o a dónde puede acudir para refugiarse. Y ésta situación resulta de mayor peligro y preocupación para la víctima cuando tiene a su cuidado hijos pequeños.

De acuerdo con lo expuesto en el capítulo 1, las mujeres al estar siendo violentadas van generando temor como respuesta emocional ante la situación y se da como resultado una conducta sumisa ante la pareja que compone la figura de riesgo y daño, creando además dependencia patológica.

De acuerdo a ello se puede inferir que la convivencia de la pareja se adentra en un círculo vicioso donde el violentador adquiere en cada oportunidad poder sobre la víctima; esto es percibido, aceptado y adaptado a la forma de vida que mantiene la pareja.

En relación a otra conducta, cuatro de las 15 mujeres investigadas se auto agredieron con tentativas de suicidio manifestando que en ese momento sentían “Infelices y culpables de haber provocado de nuevo el que su pareja se enojara”, “Me sentía desesperada y tomé varias pastillas para dormir”, “No quería despertar” (Ver anexo 4), además de sentir impotencia.

Referente a esta conducta auto agresiva con tentativa de suicidio es frecuente encontrar casos de personas que sufren una depresión por lo que después se realiza una investigación o recaudación de información específica pero a la vez enriquecedora sobre la forma de vida y crecimiento de la persona para determinar otros factores que estén interviniendo en la incapacidad de la persona para controlar.

Por tanto se puede considerar que la tentativa de suicidio es una situación la cual amerita un análisis a profundidad; pues sin duda está compuesta de diversas situaciones o factores impulsores.

Por otro lado se incluyen las conductas expresadas al agregarse la violencia psicológica. En este aspecto las 15 mujeres investigadas manifestaron que en algún momento de este proceso de violencia, presentaron desgano al no serles reconocido ningún mérito, además de otras conductas como agresión dirigida a los hijos, respecto de lo cual se obtuvo que cuatro de ellas expresaron desquitarse constantemente con los menores.

Este desgano está estrechamente relacionado con la desesperanza a causa de la presencia de un acontecimiento de forma repetida, el individuo (en este caso la mujer) identifican que su conducta influye o no en los resultados de la situación pero al mismo tiempo obtienen resultados fuera de su control, dándole una sensación de indefensión tanto emocional como cognitiva y a su vez queda mermada la voluntad.

La mujer al estar viviendo violencia constantemente a la par con otras situaciones fuera de su capacidad de manejo se da por vencida dando como resultado una actitud y postura de incapacidad.

Tal como lo establece el capítulo 2 uno de los factores del estado emocional conocido como desesperanza hace su presencia en las mujeres violentadas y que a su vez atraviesan un estado depresivo, ya que a pesar de poner gran esfuerzo en mantener una relación pacífica con la pareja no se logra el objetivo y se van perdiendo las esperanzas.

Las mujeres tienen una mayor probabilidad de padecer depresión que los varones; aunado a esto se presenta la disminución de la actividad y de la

realización de pasatiempos que eran del agrado de la persona; es decir, frecuentes en el rol de la mujer.

Este planteamiento a su vez se identifica íntimamente relacionado con una emoción básica como lo es la *tristeza*, la cual conlleva una actitud negativa y desinteresada por el logro de objetivos o metas.

Lo anterior ocurre porque no se toma en cuenta que el equilibrio de la pareja no solo depende de uno de los integrantes; sino que es una dinámica mutua.

Cinco mujeres manifestaron ser más introvertidas desde que fueron violentadas pues prefieren pasar desapercibidas lo cual está muy relacionado con la inseguridad que presentan.

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo 2 las personas que presentan una depresión tienen conformado un auto concepto pobre, se menosprecian y auto agreden constantemente debiéndose principalmente a un trastorno de pensamiento, el cual da como resultado una tendencia al pesimismo.

Con lo anterior se entiende que la auto valoración que la mujer tiene, así como la seguridad que proyecta a su entorno depende en gran medida del apoyo que recibe de su pareja.

Finalmente, hablando de los periodos de sueño 13 mujeres oscilan entre el insomnio nocturno y la somnolencia diurna.

Al hablarse de los periodos de sueño, el capítulo 2 menciona que las mujeres deprimidas atraviesan un trastorno básico de pensamiento, el cual es

de contenido donde la mujer violentada oscila entre diversas cuestiones cognitivas negativas; entre ellas están el pesimismo, el desgano, irritabilidad, inseguridad, la desesperanza y el temor entre otros, lo cual provoca alteraciones en los periodos de descanso.

Las mujeres al no tener un descanso adecuado nocturno presentan como consecuencia un descenso de actividad e impulso energético durante el día, además de mostrar falta de concentración y atino en sus actividades cotidianas.

Con ello se puede resaltar las diversas afecciones que las conductas de las mujeres presentan al ser violentadas además de ver alterado su estado de ánimo. Tal como se establece en el capítulo 2 existe una relación evidente entre la violencia y las modificaciones emocionales, cognitivas, conductuales y perceptuales de las mujeres que la padecen.

Al igual con respecto a la entrevista semi estructurada realizada en un principio de la investigación se pudo constatar que todas las mujeres incluidas manifiestan tener un acercamiento hostil hacia su pareja; es decir, no conservan respeto sino temor por el violentador, además de atenderle de manera forzada.

Recapitulando el objetivo 1 se tiene que las conductas comunes que manifiestan las mujeres violentadas que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán por procesos depresivos es el temor a provocar la irritación del cónyuge y ser violentadas nuevamente, después le siguen mujeres con temor pero al abandono por parte de la pareja por lo que justifican, perdonan u omiten la situación de violencia que sufren sin importar el grado de riesgo o daño ni la frecuencia del episodio violento, en el caso de otras mujeres expresan tentativa de suicidio fomentado por el maltrato y el sentimiento resultante de infelicidad o impotencia; esto a su vez está ligado a los resultados de una violencia psicológica donde presentaron desgano, desesperanza, desinterés en actividades cotidianas y tristeza por la falta de reconocimiento y agresividad hacia los hijos. Algunas de ellas señalaron tener cambios en su desenvolvimiento mostrándose mucho más introvertidas, inseguras y con una sensación de incapacidad. Por su parte un grupo de mujeres resaltaron las alteraciones considerables que tuvieron en sus periodos de sueño, teniendo insomnio nocturno y somnolencia diurna fomentando la depresión sufrida.

3.2.2 Situaciones en el hogar que propician la violencia hacia las mujeres.

El segundo objetivo particular se establece de la siguiente manera “Detectar las situaciones en el hogar que propician la violencia hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán”.

Para resolver este objetivo fueron tomados los datos arrojados por la entrevista semi estructurada que se aplicó en un principio de la investigación la cual se enfocó en parte a la ubicación de las situaciones familiares que daban

inicio a los episodios violentos, basándose en las mujeres que conforman la muestra.

Aunque existen muchos factores desencadenantes de la violencia que van desde una palabra que al agresor le incomode a todo un acto “equivocado” de la agredida, hasta el simple hecho de no tener la comida lista y servida a tiempo sin importar que la esposa haya estado haciendo quehacer todo el día; se tomaron en cuenta las situaciones de mayor relevancia de acuerdo a las entrevistadas. (Ver anexo 5)

Como primer precipitante se encontró el hecho de que la mujer no estuviera de acuerdo con alguna decisión como lo era el cambiar de empleo o que el esposo dejase de trabajar porque él decidía que tenía que descansar un tiempo, ante lo cual la mujer manifestaba su desacuerdo provocando la ira en su pareja. En este hecho se encontraron 12 mujeres de las 15 elegidas.

Tal como lo establece el capítulo 1 existen este tipo de situaciones donde surge la violencia hacia la mujer, cuando ésta pretende manifestar su opinión y necesidades; en este caso el hombre como proveedor de recursos económicos se desentiende de la pareja sin importar las consecuencias que sus decisiones conllevan.

Varias mujeres manifestaron en la entrevista que sus esposos no consideraban que el dejar de trabajar traía como consecuencia problemas económicos mayores a los que ya se tenían; además de reducir los ingresos del hogar. Entonces al ser reducida la economía se provocaba estrés en la pareja y como resultado al pedir dinero para la comida e incluso para la los

gastos escolares de los hijos recibían maltrato verbal y en varios de los casos violencia física.

Con lo anterior se puede entender las obvias razones por las mujeres en estos casos prefieren pasar por alto las negligencias de sus esposos; por temor a ser lastimadas y a provocar un conflicto, aún cuando su manutención y la de sus hijos estuviera de por medio. La mujer en este caso quedaba limitada no solo en lo que percibía por parte de su pareja sino también de manera personal ya que no se les permitía trabajar.

. Un segundo precipitante fue la cuestión económica. En el caso de 10 mujeres de las 15 que conforman la muestra manifestaron ser éste un detonante para el comienzo de una discusión, insultos y próximos golpes.

El que la mujer solicitara pensión económica era causa de tener problemas ya que cada vez que le requerían a sus esposos manutención, estos se enfurecían.

La cuestión económica tal como se establece en el capítulo 1 es usada para someter, manipular y controlar a la mujer; es decir el hombre se siente con derecho de privar de éste recurso o registrar los gastos. Esto se considera un abuso por parte del hombre quién es con frecuencia el proveedor de la economía en el hogar.

Este uso del poder se manifiesta cuando el ya mencionado toma decisiones sin tomar en cuenta la opinión de las esposas ya sea para realizar algún gasto o llevar a cabo la disminución de la pensión.

Es necesario tomar en cuenta que las mujeres que en este caso con violentadas no son asalariadas y dependen económicamente de los esposos.

Lo antes mencionado se puede interpretar como la falta de responsabilidad que los esposos manifiestan y por otra parte la deficiente comunicación que hay entre las parejas.

En el tercer precipitante se encuentra el pensamiento machista; ya que 7 mujeres de las 15 elegidas coincidieron en que las situaciones violentas en sus casas han sido iniciadas generalmente por cuestiones de celos o la negativa a una salida (aún cuando sea con familiares).

El pensamiento machista, se refiere a las creencias que el varón tiene de superioridad, poseer mayores libertades y capacidades por la simple condición de ser hombre concebido en gran parte de las parejas de la muestra. Los maridos son los que salen del hogar a trabajar y desconfían de que sus esposas se mantengan dando mantenimiento al hogar o cuidando a los hijos, situación que ellos consideran no necesario sino obligatorio.

Se les preguntó a las entrevistadas ¿Qué piensan sus esposos de que estén en la casa y hagan el aseo? A lo que las siete mujeres coincidieron en que sus esposos creían que ellas debían estar ahí porque era su obligación, además de no recibir el mínimo reconocimiento “Es como si el trabajo en casa no fuera pesado y no contara”. (Ver anexo 2)

Como se manifiesta en el capítulo 1 del marco teórico este rol que el hombre da por hecho que la mujer debe desempeñar, además del control de sus actividades y la idea de ser superiores a la mujer (las cuales cuentan desde

este pensamiento con una condición limitada) pertenecen a la violencia de género. De igual forma existe gran probabilidad de que el esposo provenga de hogares violentos o de una familia donde la dinámica era similar. Este pensamiento machista tiene una base en la creencia sexista (donde el hombre se concibe superior) y el varón tiene la intención de mantener e incrementar su poder sobre la mujer; perpetuar la jerarquía impuesta por la cultura patriarcal.

El pensamiento machista no solo se encuentra en el hogar, es decir en un contexto privado, sino también se puede ver en otros ámbitos de contexto social o público como el político, el institucional, laboral o religioso.

Las frustraciones que el maltratador ha interiorizado son trasladadas a la pareja ya que la consideran “el sexo débil”.

Lo cual coincide con lo expuesto acerca de la violencia de género que es sufrida por las mujeres como su nombre lo indica.

Lo anterior se puede percibir como la causa de una educación desigual, donde probablemente la educación en el hogar del violentador fue de igual manera: la mujer se quedaba en el hogar con una limitada libertad para desempeñar actividades que fomentaran su desarrollo personal. Es por ello que el varón va creciendo con dicha ideología y difícilmente puede ser cambiada ya que no es notada ni vista de manera negativa pues es lo “normal”. Incluso mujeres que han vivido en éste ambiente machista están acostumbradas a que así sea la dinámica familiar.

Como cuarto precipitante está la infidelidad, aspecto en el cual se encontraron seis casos de los 15 revisados. En esta situación no solo es el

hecho de que los hombres le sean infieles a sus esposas, sino que además se enojan y golpean a sus parejas por cuestionarlos, porque según ellos los están vigilando; esto con base también a lo expuesto por la mujeres en la entrevista semi estructurada inicial.

Algunas de las encuestadas mencionan en la entrevista que encontraron detalles reveladores de que estaban siendo engañadas y prefirieron pasarlos por alto a tener una confrontación con su pareja, ya que seguramente resultarían siendo las culpables de la situación porque sus maridos las acusarían de hostigarlos;, además por la dependencia económica que tienen seguramente se quedarían con ellos. (Ver anexo 5)

Con respecto a lo anterior la infidelidad está incluida en los factores que componen la violencia hacia la mujer, aún cuando éste no sea exclusivo de las mujeres, pues los hombres también pueden ser engañados.

El capítulo 1 hace referencia acerca del desgaste psicológico que sobreviene en la mujer cuando es engañada, es decir, se distorsiona la percepción, se sienten incapaces de superarse, suelen ser indecisas y temerosas de los cambios que pudiesen sobrevenir si se diera una separación o abandono; por lo cual aún cuando son las que sufren el engaño aparece la idiosincrasia de que deben esmerarse para lograr la permanencia de sus esposos y ganarse su cariño nuevamente.

Lo anteriormente expuesto se puede comprender desde la perspectiva del daño que va sufriendo la autoestima de la persona engañada, ya que con la infidelidad sufrida va dudando de sus virtudes, capacidades, habilidades y

resaltando sus defectos, además las actividades van perdiendo sentido y la seguridad que antes se tenía para llevarlas a cabo. Por otra parte la falta de reconocimiento y valoración por parte de la pareja quien posee gran poder sobre la persona afectada y cuya opinión puede ser de gran ayuda o de un daño devastador en el auto concepto de la víctima.

El quinto y último precipitante ubicado es el alcoholismo de los esposos; esto en el caso de 3 mujeres de la muestra, donde explican que cualquier discusión por mínima que sea termina siendo maximizada y motivo para ser golpeadas; además es por esto que muchas veces el sueldo que los padres de familia perciben no rinde, porque gran porcentaje es gastado en este vicio tan común.

Con relación al factor del alcoholismo se hace referencia al consumo de alcohol y otras sustancias que provocan dicha agresividad, ya que provocan una alteración en la percepción del individuo que lo consume, afectando el equilibrio de la pareja, reduciendo la tolerancia hacia la pareja y provocando agresión.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (TR) (2003) el alcohol es un depresor del sistema nervioso central utilizado con mucha frecuencia y es el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerable. Además existe un gran porcentaje de adultos que ha vivido algún acontecimiento adverso por el abuso en el consumo.

El alcoholismo no solo crea dependencia fisiológica, es decir que va agravando la situación por un inicio temprano de consumo e ingesta muy

elevada, sino también puede llevar a una intoxicación, donde la característica esencial es la presencia de un cambio psicológico o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo como lo es un comportamiento agresivo, deterioro laboral y social, deterioro de la atención o la memoria.

Lo antes mencionado puede enviar al individuo a padecer un trastorno en el estado de ánimo.

Con respecto a lo anterior se puede deducir que el consumo de alcohol promueve la violencia intrafamiliar pues quien lo consume con frecuencia pierde el control de sus impulsos y disminuye su grado de consciencia.

El alcohólico no solo se daña a sí mismo sino que además provoca alteraciones psicológicas en las personas que le rodean, sobre todo en los miembros de la familia quienes son los más cercanos a él. Aunque no todos los alcohólicos son agresivos, ni todos los agresivos son alcohólicos si existe relación entre el consumo de esta sustancia y las conductas inadecuadas en el hogar, es decir violencia física así como el uso de un vocabulario altisonante hacia la esposa e hijos.

Recapitulando el objetivo 2 se puede establecer por tanto que las situaciones en el hogar que propician la violencia intrafamiliar se presentan de manera jerarquizada por orden de frecuencia, como las siguientes:

Respecto a los precipitantes frecuentes se encuentra el desacuerdo que tiene la mujer con el esposo por el cambio de empleo, la manifestación de violencia que surge después de que le es solicitada la pensión económica al

cónyuge, el pensamiento machista, la infidelidad por parte de los esposos y por último el alcoholismo de sus cónyuges.

3.2.3 Pensamientos depresivos que manifiestan las mujeres violentadas físicamente.

A continuación se da resolución al tercer objetivo que establece lo siguiente “Describir los pensamientos con tendencia depresiva que manifiestan las mujeres que son violentadas que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán”.

Es necesario se tome en cuenta que las mujeres que sufren violencia intrafamiliar con frecuencia padecen un periodo depresivo a causa de la misma.

La población investigada cuenta con las siguientes características: Está formada por 15 mujeres entre 25 y 45 años, casadas, con hijos, forman parte de un grupo de apoyo a mujeres violentadas y además padecen depresión, se encontraron los siguientes niveles de depresión identificados a través del Inventario de Depresión de Beck (Ver anexo 9).

En el Inventario de Depresión de Beck aplicado a las mujeres investigadas, se encontraron los siguientes resultados: tal como se puede ver en la gráfica (Ver anexo 10) de las 15 mujeres que conforman la muestra de la presente investigación, en 7 de ellas no existe depresión, lo cual equivale a un 46.7 %, en 5 mujeres se encontró depresión leve, es decir un 33.3 %, el 13.3 % presenta depresión moderada, esto es 2 de las 15 entrevistadas y por último se identificó solo una mujer que conforma el nivel de depresión grave, representando el 6.7 % de la muestra investigada.

En las mujeres que asisten al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, la primera característica notoria son las actitudes derivadas de procesos depresivos y por ello, se considera emergente hacer una evaluación acerca de la posibilidad de tendencias suicidas con la finalidad de atender dicho aspecto y reducir los factores de riesgo para las mujeres violentadas.

De acuerdo a la información dada por las características establecidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV (TR) (2003), el marco teórico en su Capítulo No. 2 define a los pensamientos depresivos como aquellas ideas que le siguen a las situaciones estresantes o tensas que se presentan; en las cuales el individuo adquiere una sensación de incapacidad para lidiar dichas situaciones.

Asimismo se presentan los indicadores encontrados en la entrevista semi estructurada inicial para reconocerlos, encontrándose entre ellos la tristeza, desinterés en las actividades, variación en el sueño, sensación de incapacidad, inseguridad, desesperanza, pesimismo, temor, tentativa de suicidio. (Ver anexo 6)

Con base en esta información se analizan los criterios establecidos para que se logre la identificación de los pensamientos depresivos y así sean descritos. Esta información se presenta desarrollada en dos ámbitos: Lo interpersonal o manifestado hacia el contexto social y en lo intrapersonal o sea vuelto hacia sí mismo.

En cuanto a lo interpersonal un indicador fundamental asentado en el capítulo 2 tal y como se expresa arriba es presentar desinterés en actividades cotidianas.

En ese sentido se pudo identificar que el 93.3% de las mujeres, esto es 14 de las 15 entrevistadas manifestaron desinterés en actividades que anteriormente realizaban. Se dieron expresiones de las entrevistadas como “No me dan ganas ni de ir a la tienda”, “Antes me gustaba escuchar música, ahora ya no”. (Ver anexo 6)

En cuanto a este indicador el capítulo 2 manifiesta que cuando la persona tiene este descenso de actividad durante un periodo largo de tiempo y que a su vez interfiere en su funcionamiento ordinario amerita prestar atención pues es candidata a un diagnóstico depresivo.

Esta situación descrita se debe a que la depresión disminuye la cantidad de adrenalina propiciando la lentitud en la actividad y por lo tanto existirá una disminución en la productividad. Dando por resultado, ser una característica de los procesos depresivos.

Con esto se puede entender que la violencia está íntimamente relacionada con este indicador componente de la depresión y esto se debe principalmente a la falta del reconocimiento y valorización por parte del esposo hacia la mujer, así como la falta de motivación.

De acuerdo con el capítulo 2 la motivación se encuentra estrechamente relacionada con la supervivencia, y con el crecimiento en general, que puede ser considerado como un incremento exponencial en la probabilidad de que un

individuo consiga los objetivos que persigue: entre ellos como es obvio, también el de la supervivencia, entendida, en este caso, no sólo como la distinción vida – muerte, sino también en su dimensión social. La motivación es un proceso adaptativo en el que resulta imprescindible considerar la existencia de diversos componentes.

Existen 3 momentos relevantes en la motivación:

La elección del objetivo que se convierte en meta, el individuo decide qué motivo satisfará, y qué meta intentará conseguir para satisfacer dicho motivo.

El dinamismo conductual, se refiere a las actividades que lleva a cabo un individuo para intentar conseguir la meta elegida, se refiere al análisis del resultado conseguido con las distintas acciones o conductas instrumentales que el individuo ha llevado a cabo.

Cuando el individuo no es capaz de lograr las metas o expectativas establecidas por él mismo se generan atribuciones erróneas y no hay gratificación.

Con lo anterior se puede deducir que la mujer al no sentirse valorada y en su intento por recuperar su bienestar va generando un malestar mayor e insatisfacción.

La afectividad tiene que ver con la valoración que hace la persona de las distintas situaciones a las que se enfrenta. Por naturaleza el individuo posee una tendencia a procurar el hedonismo, esto es, obtener placer.

Se puede inferir que la mujer que es violentada sufre modificaciones dramáticas en su afectividad al ver sus expectativas de bienestar truncadas.

En cuanto al ámbito intrapersonal los indicadores encontrados tanto en el Marco teórico como en la observación de las entrevistadas se tienen los siguientes:

El primer indicador encontrado en la cuestión intrapersonal es la tentativa de suicidio que llevaron a cabo el 26.7 %, es decir, cuatro de las 15 mujeres investigadas, las cuales se auto agredieron con tentativas de suicidio, teniendo además un pensamiento de infelicidad y culpa manifestando que en ese momento se sentían “infelices y culpables de haber provocado de nuevo el que su pareja se enojara” (Ver anexo 6), además de sentir impotencia. En este hecho las cuatro mujeres tomaron pastillas, teniendo como consecuencia una intoxicación.

De acuerdo a este indicador el capítulo 2 manifiesta que el peligro más grande en las personas deprimidas es llegar al suicidio, ya que existe un porcentaje alto de personas que lo consuman, además de que, entre mayor sea la persona de edad también es mayor la probabilidad de que ocurra.

En ese sentido se pudo identificar que las personas con tentativa de suicidio no solo padecían depresión por una situación específica, sino que además estaban interviniendo otros factores como la incapacidad de la persona para controlar impulsos o rechazar conductas negativas que resultaban agresivas para su persona y su integridad.

Se tiene como segundo indicador la tristeza; en este caso se habla de una emoción básica y se encontró que las 15 mujeres la presentaban, esto equivale a un 100 %. Algunas de ellas dijeron frases como “Me siento con ganas de llorar”, “Estoy nostálgica”, “Estoy triste”, “Por mi culpa estamos así”. (Ver anexo 6). Estas frases obtenidas en la investigación de campo son un claro ejemplo del pensamiento de culpa que presentan las mujeres al estar viviendo situaciones familiar difíciles, de violencia e incluso al estar respondiendo la propia entrevista.

De acuerdo a lo anterior el marco teórico en su capítulo 2 manifiesta que existen variedades afectivas relacionadas con la tristeza tal como es la depresión.

La tristeza tiene una estrecha relación con la pérdida o el fracaso de un objetivo que para la persona era importante, como resultado se producen pensamiento de desesperanza, nostalgia, desgano, desinterés, entre otros.

Otra función de la tristeza tiene una connotación social la cual es interpretada como una petición o demanda de ayuda a los otros miembros del grupo o de la sociedad. Permite transmitir información a los demás acerca del estado de pérdida que caracteriza a un individuo. Las mujeres piden ayuda por una desesperación excesiva.

A continuación se presenta el tercer indicador que forma parte de los procesos depresivos, el cual es la variación en el sueño, donde 13 mujeres que equivalen a un 86.7 %, oscilan entre el insomnio nocturno y la somnolencia diurna. Algunas de ellas pasaban largas horas antes de poder dormir y en otros

casos lograban dormir al acostarse para después despertar en la madrugada y ya no poder conciliar el sueño.

Al hablarse de los periodos de sueño el capítulo 2 menciona que las mujeres deprimidas atraviesan un trastorno básico de pensamiento donde la mujer violentada oscila entre diversas cuestiones cognitivas negativas y entre ellas están: Pesimismo, Desgano, Irritabilidad, Inseguridad, Desesperanza, Temor, entre otros, lo cual provoca alteraciones en los periodos de descanso. Algunas mencionaron lo siguiente: “Casi no duermo nada”, “Me despierto con cualquier ruido y ya no me puedo volver a dormir”, “Me da miedo dormirme y que mi esposo se salga o llegue enojado por algo”, “Prefiero estar dormida todo el día”. (Ver anexo 6)

Con lo anterior se puede deducir que las mujeres que no tenían un descanso adecuado nocturno presentaban como consecuencia un descenso en sus actividades durante el día, además de mostrar falta de concentración y cansancio.

Por otra parte la tolerancia en el cuidado de los hijos se veía mermada, esto también a causa de la falta de un descanso adecuado y necesario.

Como cuarto indicador se presenta la sensación de incapacidad, la cual se refiere a que la mujer violentada pierde confianza en sí misma. Cree no poder lograr objetivos o llevar a cabo una actividad por sí sola. Es este aspecto se identificaron cinco mujeres, es decir un 33.3% de la muestra.

En este aspecto el marco teórico establece que la mujer al no confiar en sí misma o al estar aislada no tiene oportunidad de recibir estímulos positivos que fomenten su iniciativa.

El capítulo 2 manifiesta que la persona al mantenerse apartada de la sociedad contribuye a su decadencia, y así su pensamiento trastornado se ve justificado por la experiencia, creando un círculo vicioso.

Las mujeres cuando son violentadas adquieren un sentimiento de incapacidad, se sienten desvalorizadas, además de que al ser sometidas su opinión queda totalmente omitida, formándose un sentimiento de culpa y malestar, algunos ejemplos de esta situación se pueden identificar en los siguientes comentarios: “Yo lo hice enojar”, “Yo tengo la culpa de que él se haya molestado”, “Siempre hago las cosas mal”, “Esto nunca va a cambiar”.
(Ver anexo 6)

En cuanto a las deficiencias motivacionales existen una disminución considerable de las conductas voluntarias. Por regla general, los individuos señalan que no merece la pena intentar ningún tipo de actividad, ya que el resultado siempre será el mismo: el fracaso.

De acuerdo a la sensación de incapacidad, se puede deducir que la mujer que es violentada asimila esta situación de manera que llega a tener un pensamiento incapacitante. Es decir, ella misma se limita a llevar a cabo una actividad, no es que no pueda hacerlo sino que su perspectiva de la realidad distorsionada no se lo permite.

A continuación se muestra el quinto indicador que es la inseguridad, el cual está íntimamente relacionado con el indicador anterior; pues tiene que ver con la creencia que tenga la persona del poder realizar u obtener algo o de la capacidad para descubrir, conocer y aceptar sus capacidades reales. A su vez es necesario hacer mención del pesimismo (el cual ocuparía el sexto lugar de los indicadores); que es otro indicador que surge de manera paralela a la inseguridad.

Ambos indicadores (inseguridad y pesimismo) fueron identificados en cinco de las mujeres que conformaban la muestra, lo cual equivale a un 33.3%. Ellas manifestaron ser más introvertidas y que preferían pasar desapercibidas en eventos sociales de cualquier magnitud. Un ejemplo de estos pensamientos fueron las siguientes expresiones: “Si hay mucha gente prefiero no ir, me siento incómoda y pienso que solo me están criticando”, “Antes de salir de casa debo cambiarme mil veces porque siento que nada se me ve bien”, “Por más que me arregle mi esposo no lo nota”. (Ver anexo 6)

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo 2 las personas que presentan una depresión tienen conformado un auto concepto pobre, se menosprecian y auto agreden constantemente. Esto se debe principalmente a una alteración básica del pensamiento, la cual da como resultado una tendencia al pesimismo.

En relación a las deficiencias cognitivas, se encuentran asociadas al pesimismo que impregna cualquier tipo de actividad mental dirigida a la eventual solución de la situación. Los individuos afirman tener la creencia de que sus conductas no conseguirán objetivos positivos, ya que los resultados se encuentran fuera de control de sus propias acciones.

Con lo anterior se puede deducir que las mujeres que sufren violencia intrafamiliar van cobijando ideas negativas de su persona, se van sintiendo inferiores, quedando dañado su auto concepto: se vuelven inseguras cuando se ven expuestas al mundo exterior y además perciben las oportunidades presentadas como lejanas ya que su pesimismo no las deja avanzar e intentar.

En la misma dinámica de identificación se presenta un séptimo indicador que es la desesperanza. En este indicador se encontraron ubicadas las 15 mujeres que conforman la muestra, esto es un 100%, las cuales externaron pensamientos como los siguientes: “Nunca cambiarán las cosas”, “Esta es la vida que yo escogí y me tocó vivir”, “No saldré de esto”, “Esta situación no va a mejorar”, “Nadie puede ayudarme”. (Ver anexo 6).

Con respecto a la desesperanza el marco teórico, para ser precisos el capítulo 2, establece que está estrechamente relacionada con el desgano a causa de la presencia de un acontecimiento en forma repetida la mujer violentada identifica que su conducta influye o no en la situación obteniendo resultados fuera de su control, dándole una sensación de indefensión tanto emocional como cognitiva, quedando mermada la voluntad.

Con lo anterior se deduce que la mujer que sufre violencia intrafamiliar por si sola o acompañada de alguna otra situación fuera de su manejo adquiere una actitud o postura de incapacidad; esto se debe a que a pesar de esforzarse en mantener una relación llevadera con el cónyuge no se consigue cumplir el objetivo y comienza a generarse la desesperanza.

El octavo y último indicador identificado es el temor, el cual de acuerdo a lo expresado por las mujeres entrevistadas, va dirigido a la posibilidad de ser abandonadas e incluso a causar de nuevo la ira en sus parejas y que puedan volver a ser atacadas. En este caso fue registrada la muestra completa, es decir las 15 mujeres coincidieron en este indicador, lo cual equivale al 100%.

En sí el temor surge como una primera respuesta emocional básica ante la asociación con la idea de lo que ese individuo puede perder.

A diferencia de los indicadores anteriores se ubica a este con el capítulo 1 del marco teórico, donde se manejan las cuestiones de violencia.

Las mujeres violentadas presentan temor de denunciar al abusador; ya que éste suele tener una imagen social respetable y seguramente no obtendrá la protección o atención adecuada dejando su persona e hijos expuestos a la situación riesgosa de pasar de nuevo un episodio violento o incluso la consumación de un asesinato anunciado.

Es de importancia señalar que la mujer violentada justifica a la pareja para evitar pasar por un periodo de pérdida o separación. Esto se debe según el capítulo 1 a la codependencia.

La persona abusada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aún después de ser golpeada. Es frecuente escuchar esta frase: "Es que yo lo quiero". (Ver anexo 6)

Se establece que otro factor que fomenta la codependencia es la presión que la sociedad y la familia en sí ejercen.

En la cuestión del temor se ubica una estrecha relación con la sumisión, pues prefieren pasar por alto las agresiones e injusticias a ser abandonadas.

Respecto a lo establecido en este indicador se puede deducir que la pareja cae en un círculo vicioso y el agresor adquiere gran poder sobre la mujer, pues sabe que la idea de perderlo la hará aceptar el trato que reciba.

Por otro lado la codependencia pasa a ser un tema fundamental en el temor a perder a la pareja, pues aún cuando el esposo maltrata a la mujer, ésta lo justifica y pasa por alto lo sucedido pues es una cuestión de necesidad y no de amor. Hablando de esta codependencia no puede olvidarse el tema de la religión, el cual hablando de la concepción de grandes masas educa con la mentalidad de “Te casas para toda la vida” y esto resulta en actitudes de sumisión.

Recapitulando el objetivo tres se describen los pensamientos con tendencia depresiva que presentan las mujeres violentadas que acudieron al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán están seccionados en 2 ámbitos.

En el ámbito interpersonal se encontró el desinterés en actividades que realizaban cotidianamente como el ejercicio, preparar los alimentos y escuchar música.

Por otra parte se tiene el segundo ámbito, el cual es el intrapersonal, y en donde se muestran de manera jerarquizada por frecuencia los ocho indicadores encontrados que lo componen:

Se establecieron en primer lugar tres indicadores los cuales se encontraron en la muestra completa. Estos son: la tristeza, la desesperanza y el temor. A continuación se tiene la variación en los periodos sueño, después con una misma frecuencia se encontró la sensación de incapacidad, inseguridad y pesimismo, finalizando con la tentativa de suicidio, la cual tuvo una minoría.

3.2.4 Alternativas de apoyo que pueden elegir las mujeres que sufren violencia física intrafamiliar y que pasan por un proceso depresivo.

Una vez determinadas las conductas comunes de las mujeres violentadas, situaciones detonantes de violencia y descritos los procesos depresivos manifestados en las mismas, es necesario se den a conocer las alternativas de apoyo que brinda el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Para dar respuesta al cuarto objetivo: “Conocer las alternativas de apoyo que pueden elegir las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán por violencia física intrafamiliar y que están pasando por un estado depresivo”.

La guía tiene como fundamento el libro “Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual”.

De acuerdo al procedimiento establecido se prosigue con la resolución teórica y documental del cuarto objetivo, donde se establece que es necesario se conozcan las alternativas de apoyo que pueden elegir las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán por violencia

física intrafamiliar y que están pasando por un estado depresivo se tienen las siguientes:

En cuanto a la prevención el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán no cuenta con un modelo establecido, sin embargo, el departamento de Psicología en conjunto con la Secretaría de Salud y Oportunidades proporcionan talleres de diversos temas, en comunidades y colonias.

El Departamento de Psicología elabora un modelo que se modifica cada año, la gente que participa en este modelo es principalmente la que acude al Programa de Oportunidades y que está ligado al Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Los temas que regularmente se abordan son: Desarrollo infantil, Desarrollo adolescente, El ser humano y Elementos de la pareja (poder, dinero, la familia) desde el enfoque de la salud.

Se realizan además participaciones en la Feria de la Salud en escuelas de todos los niveles educativos desde primaria hasta el nivel superior.

Los médicos proporcionan atención a pacientes con diversas problemáticas como son enfermedades virales, depresión, supervisión de embarazos, pero en cuestiones de violencia solo canalizan a trabajo social quienes realizan una evaluación por medio de cuestionarios para después enviar al Servicio Psicológico.

Uno de los principales apoyos que se brindan es el Servicio Psicológico de bajo costo, donde se da una terapia no mayor a doce sesiones buscando

una estabilidad emocional de emergencia en la persona afectada. Para esto es necesario se pase por una previa evaluación realizada por los trabajadores sociales, donde se revisan varios aspectos del individuo como es el nivel socioeconómico, la estabilidad emocional y los recursos internos que permiten enfrentar el estrés y la violencia, así como la seguridad propia y la de sus hijos e hijas, otro aspecto evaluado son los recursos familiares de apoyo para un plan de emergencia que incluya amistades y personas conocidas que en determinado momento puedan intervenir, se toman en cuenta también los problemas concomitantes como lo es el que se tenga algún miembro de la familia con discapacidad, o enfermedades crónicas que obstaculizan la toma de decisiones, así mismo se evalúa el riesgo de maltrato a hijos e hijas ya sea de índole físico, sexual o emocional, peligrosidad del agresor no sólo reincidencia, sino riesgo de homicidio, por último el trabajador social evalúa situaciones especiales de alto riesgo como es el que la mujer ha presentado una denuncia con anterioridad y esto le implica un mayor riesgo a sufrir nuevas agresiones y represalias, el embarazo, el que se tenga un hijo recién nacido y se esté en proceso de separación o divorcio.

Si la vida de la mujer corre peligro de muerte se le canaliza o da información de albergues y refugios a donde puede acudir de manera confidencial con la finalidad de estar protegida y no se le encuentre hasta que el periodo de tensión haya disminuido o haya algún arreglo o proceso legal.

Como parte de la alternativa de apoyo que brinda el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán se debe crear un plan de seguridad para la

persona en situación de violencia, donde el Trabajador Social aunado al Departamento de Psicología evalúa lo siguiente:

Cuatro incidentes de violencia (el primero, el incidente típico, el peor de todos y el último), detalles que anticiparon el incidente agudo: ¿Qué dijo él? ¿Cómo lo dijo?, capacidad de escucha, presencia de drogas y alcohol, ¿Donde comienza usualmente la violencia? (sala, dormitorio, cocina, otro.), dibujo de la casa con un posible plan de escape (puertas, ventanas, salidas), bebés, hijos, hijas, señales para los hijos o hijas mayores, tener un fácil acceso para la persona en peligro los objetos personales y documentos de valor, tener ubicado un lugar seguro (refugio, policía, familia, amigos).

En cuestión de seguimiento solo participa el Departamento de Psicología y Trabajo Social a través de la entrevista inicial, cuestionarios para recabar información, elaboración de estadística y consejería de evaluación del riesgo del agresor, así como capacidad de respuesta de la víctima.

El Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, tiene una función preventiva en aspectos de violencia y enfermedades médicas.

Recapitulando el objetivo cuatro el Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán tiene una función preventiva en la búsqueda de preservar la salud física y emocional de las personas que acuden a la clínica.

El Departamento de Psicología elabora talleres en comunidades, colonias e instituciones educativas.

Se brinda apoyo Psicológico de bajo costo, con la intención de dar una estabilidad emocional de emergencia como parte de la alternativa de seguridad para la persona en situación de violencia.

3.2.5 Recomendaciones para prevenir la violencia intrafamiliar de tipo físico hacia las mujeres.

A continuación se da paso a la resolución del quinto objetivo que tiene la función de “Proporcionar recomendaciones acerca de la prevención de la violencia intrafamiliar de tipo físico hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán”.

Para lo cual es necesario señalar que por parte del Departamento de Psicología se tiene la siguiente recomendación:

Que la mujer violentada identifique sus recursos para superar la problemática, los valide.

En caso de que la persona abusada se haya separado se toman a consideración las siguientes recomendaciones de acuerdo a la orientación Psicológica para mujeres con riesgo a sufrir violencia en el hogar:

Optimizar las protecciones del hogar, Informarle a conocidos, amigos y vecinos que el compañero ya no vive con ella y si se le llega a ver cerca de sus hijos o de su casa se le informe a la policía, si existen otras personas que colaboren en el cuidado del los hijos se les deberá proporcionar nombres de otras personas que pueden acercarse o llevarse a los hijos, mantener discreción de la situación, evite lugares que se frecuentaban, tenga a la mano números telefónicos importantes y documentos personales importantes originales, así como objetos de valor , anticipe un plan de escape en caso de emergencia del cual estén enterados los hijos (en caso de que se tengan), evite confrontación con el agresor, visualice un lugar seguro, acuda a grupos, organizaciones e instituciones donde se brinde atención a la violencia.

Recapitulando el objetivo cinco se proporciona una serie de recomendaciones acerca de la prevención de la violencia intrafamiliar de tipo físico hacia las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán

La mujer violentada debe buscar apoyo psicológico, mantener contacto con personas allegadas, tener a la mano números telefónicos, así como documentos importantes en caso de emergencia.

Con lo anterior se puede establecer que en la actualidad las mujeres violentadas cuentan con un amplio conocimiento de los riesgos que atraviesan

al ser víctimas de una situación así, pero no basta con que se sepa, sino es necesario el que se cuenten con esquemas objetivos de los cuales se pueda hacer uso cuando de defender la vida se trata.

CONCLUSIONES.

Para dar respuesta al objetivo general y a la pregunta central que dice textualmente lo siguiente: “¿Cuál es la influencia que tiene la violencia física en el desarrollo de procesos depresivos en las mujeres que acuden al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán?”

Es necesario que se tomen en cuenta las conductas comunes que presentan las mujeres durante el periodo de violencia vivido.

Se encontró manifestado temor por irritar al cónyuge, aún cuando la mujer tuviera motivos para molestarse ésta prefería pasar por alto cualquier anomalía o negligencia por parte del agresor, pues la víctima suele estar o sentirse desprotegida.

Otra de las conductas comunes que se identificó fue el temor a ser abandonadas teniendo así una posición sumisa que resultaba aparentemente la más viable.

También se encontraron tentativas de suicidio promovidas a su vez por las situaciones antes mencionadas y agregándole desgano a falta de motivación y apoyo por parte de la pareja.

Los periodos de sueño también se vieron alterados existiendo insomnio nocturno y somnolencia diurna, dichas alteraciones provocaron que los estados negativos fueran en aumento como la tristeza, depresión y fatiga.

Además de ubicarse conductas comunes en las mujeres que sufren violencia se ubicaron de igual forma situaciones precipitantes de la misma y que confluyen en procesos depresivos o incrementan los existentes.

Por tanto se describen a continuación y para que exista una mayor claridad se presentan jerarquizadas por orden de frecuencia tal y como fueron identificadas:

En primer lugar y con mayor frecuencia se encontró el desacuerdo que tiene la mujer con el esposo por el cambio de empleo.

A continuación se ubica la manifestación de violencia que surge después de que le es solicitada la pensión económica al cónyuge.

Como tercer indicador se encontró el pensamiento machista de los cónyuges, establecido en la firme idea de que el lugar de la mujer es permanecer en casa sin opción a que salga a realizar otras actividades de interés para ellas o recreativas.

Como siguiente indicador se ubica a la existencia de pruebas de la infidelidad por parte de los esposos.

Como última situación se encuentra el alcoholismo de sus cónyuges; el cuál es el quinto y último factor detonante de agresividad que fue manifestado por la muestra.

Con relación al alcoholismo se hace referencia a este consumo de alcohol y otras sustancias como provocadores de conductas desbordadas y agresivas.

Una vez ubicadas las conductas comunes, las situaciones propiciadoras de violencia se dio paso a la descripción de los pensamientos con tendencia depresiva que presentaron las mujeres violentadas que acudieron al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán quedando seccionados en 2 ámbitos.

En el ámbito interpersonal se encontró el desinterés en actividades que realizaban cotidianamente.

Por otra parte se tiene el segundo ámbito, el cual es el intrapersonal; presentándose a continuación de manera jerarquizada por frecuencia los ocho indicadores que lo componen:

Se establecieron en primer lugar tres indicadores los cuales se encontraron en la muestra completa. Estos son: la tristeza, la desesperanza y el temor en dos direcciones: a ser abandonadas y a ser maltratadas de nuevo.

Un cuarto indicador es la variación en los periodos de sueño; donde se habla de una oscilación entre el insomnio nocturno y la somnolencia diurna.

El quinto indicador es la sensación de incapacidad; esto es que la mujer al ser violentada pierde la confianza en sí misma, esta falta de confianza lleva al aislamiento y la ausente probabilidad de que se reciban estímulos favorecedores o motivadores que las lleven a tener conductas voluntarias, con lo cual aumenta la culpa y el malestar.

El siguiente indicador es la inseguridad. Comúnmente la mujer violentada adquiere una conducta introvertida y se aísla, esto da paso a otro indicador que es el pesimismo donde se tiene la firme creencia de que se

obtendrán resultados negativos y desagradables; por lo cual optan por dejar de esmerarse e intentar, pues según ellas no tiene caso.

En el último indicador se tiene la tentativa de suicidio; donde las mujeres que atravesaron por esta situación manifestaron el gran sentimiento de infelicidad, impotencia y culpa que tenían.

Con lo anterior se puede deducir que la tentativa de suicidio es provocada por una desesperación incontenible, la mujer violentada se siente atrapada, con frustración y gran culpa.

Con base en lo antes establecido, es decir, conductas comunes, situaciones de riesgo y el pleno conocimiento de los procesos depresivos que sufre la mujer al ser violentada se ha llegado al establecimiento de diversas alternativas de apoyo con las que cuentan las mujeres que acuden buscando este servicio al Centro de Salud de la ciudad de Uruapan, Michoacán, los cuales fueron descritos en el apartado anterior.

BIBLIOGRAFÍA.

1.- Asociación pro- derechos humanos (1999)

“Violencia familiar: actitudes y representaciones familiares”

Ed. Fundamentos. España.

2.- Bellach Amparo (1995)

“Manual de Psicopatología”

Ed. Mc Graw Hill. Madrid España

3.- Bellack Leopold (2007)

“Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia”

Ed. Manual moderno. México, D.F.

4.- Braunstein Néstor A., Pasternac Marcelo, Benedito Gloria y Saal Frida (1979)

“Psicología: ideología y ciencia”

Ed. Siglo Veintiuno Editores. México, D.F.

5.- Carrillo Martínez José (1990)

“Metodología de la investigación”

Ed. Jocamar. México, D.F.

6.- Compas Bruce E. (2005)

“Introducción a la Psicología clínica”

Ed. Mc Graw Hill. México, D.F.

7.- García Avilés Alfredo (2002)

“Introducción a la metodología de la investigación científica”

Ed. Plaza y Valdez. México, .D.F

8.- Hernández Sampieri Roberto (2008)

“Metodología de la investigación”

Ed. Mc Graw Hill. México, D.F.

9.- Kaplan Betina (2007)

“Género y violencia en la narrativa del cono sur”

Ed. Támesis books

10.- Lammoglia Ernesto (2005)

“Las mascararas de la depresión”

Ed. Grijalbo. México, D.F.

11.- López – Ibor Aliño Juan J., Valdéz Miyar Manuel (2003)

“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR”

Ed. Masson. México, D.F.

12.- Olivé León (2006)

“Metodología de la investigación”

Ed. Santillana. México, D.F.

13.- Palmero, Francesc Enrique G., Fernandez – Abascal, Martínez Francisco,
Chóliz Mariano (2004)

“Psicología de la Motivación y Emoción”

Ed.Mc Graw Hill. México, D.F.

14.- Papalia Diane E. (2003)

“Psicología”

Ed. McGraw Hill. México, D.F.

15.- Ruiz Consué (2004)

“La violencia contra las mujeres: prevención y detección, cómo promover desde
los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas”

Ed. Díaz de santos. España.

16.- San segundo Teresa (2008)

“Violencia de género: una visión multidisciplinar”

Ed. Ramón Areces. España

17.- Yapko Michael (2006)

“Para romper los patrones de la depresión: no tienes por qué sufrir para vivir”

Ed. Pax México. México, D.F.

18.- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con Mujer y Medio Ambiente A.C. y con IPAS México, A.C. y con el apoyo del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, PNUD. (2009)

“Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual”

Ed. Gobierno Federal, Salud, vivir mejor. México, .D.F.

19.- Narrow William E. (2009)

“Agenda de Investigación DSM-V Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico”

Ed. Elsevier Masson, Barcelona, España.

20.- Taylor Robert B. (2006)

“Medicina de familia: principios y práctica”

Ed. Elsevier Masson, Barcelona, España.

ANEXO 1

**CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA FAMILIAR
PROPORCIONADO POR EL CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE
URUAPAN, MICHOACÁN.**



Michoacán
el gobierno diferente

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA FAMILIAR

55663

NOMBRE: _____ EDAD: _____ DOMICILIO: _____ TEL: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ FECHA: _____

UNIDAD E INSTITUCIÓN QUE ATENDIÓ: _____

¿CUENTA CON SERVICIOS MÉDICOS? SI NO I.M.S.S. I.S.S.S.T.E. OTRO: _____

No importa lo bien que se lleve una familia o una pareja, hay ocasiones en que tienen conflictos o se discute, porque se está de mal humor o con mucha tensión. Hay por supuesto muchas maneras de solucionar las diferencias, pero a veces no sabemos controlarnos realmente.

I IDENTIFICACIÓN, FRECUENCIA Y GRAVEDAD DE VIOLENCIA FAMILIAR

En el último año, cuando has tenido problemas o discusiones con tu marido, pareja, compañero o familiar;

	SI	NO	CUANTAS VECES EN EL		NO RESPONDIÓ
			Último mes	Último año	
1.- ¿Te han gritado, insultado o dicho palabras que te hayan hecho sentir mal?	(1)	(0)			()
2.- ¿Te han amenazado?	(1)	(0)			()
3.- ¿Te han hecho algo para humillarte (burlas, hacerte menos, no darte tu lugar)?	(2)	(0)			()
4.- ¿Te han hecho sufrir, ignorado o no tomado en cuenta?	(2)	(0)			()
5.- ¿Te han aventado algún objeto?	(1)	(0)			()
6.- ¿Te han empujado o tirado?	(2)	(0)			()
7.- ¿Te han abofeteado?	(3)	(0)			()
8.- ¿Te han pateado, mordido o golpeado?	(3)	(0)			()
9.- ¿Has tenido relaciones sexuales o te han tocado en contra de tu voluntad?	(3)	(0)			()
10.- ¿Te han amenazado con cuchillo, tijeras, arma de fuego u otros objetos?	(3)	(0)			()
11.- ¿Te ha herido con cuchillo, tijeras, arma de fuego u otros objetos?	(3)	(0)			()
12.- ¿Estas situaciones han sido en presencia de los hijos?	(2)	(0)			()

II SÍNTOMAS

DURANTE EL ÚLTIMO MES:

	SI	NO
1.- ¿Te has sentido alguna vez, triste y sin ganas de hacer algo?	(1)	(0)
2.- ¿Has perdido el interés por las actividades que más te gustan?	(1)	(0)
3.- ¿Has tenido problemas para dormir o duermes demasiado?	(1)	(0)
4.- ¿Te encuentras apática, fatigada y/o con poca energía?	(1)	(0)
5.- ¿Te has sentido alguna vez, culpable, impotente o inútil?	(2)	(0)
6.- ¿Has pensado alguna vez en quitarte la vida o que no tiene sentido vivir?	(2)	(0)
7.- ¿Te has hecho daño o lastimado tu mismo(a)?	(3)	(0)

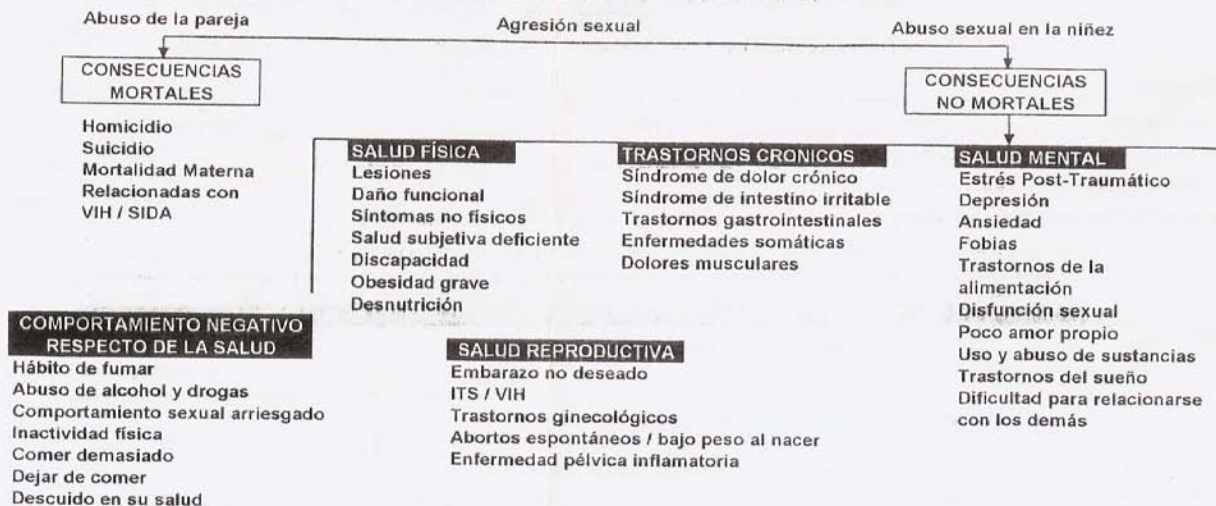
III EXPLORACIÓN FÍSICA

¿En este momento presentas alguna lesión, moretón, mordida o herida ocasionada por tu pareja, algún familiar o tu misma?

SI (3) NO ()

Puntuación Total

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA



	PUNTUACIÓN DE RIESGO	PLAN DE SEGURIDAD PARA MEDIANO Y ALTO RIESGO
<p>ALTO 26 a 40</p> <p>MEDIANO 12 a 25</p> <p>BAJO 0 a 11</p>	<p>En este punto de la escala, necesita considerar seriamente ayuda institucional o personal y dejar la casa provisionalmente.</p> <p>La violencia en la relación familiar o de pareja está comenzando. Es una situación de alerta y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.</p> <p>Existen algunos problemas que se presentan comunmente en los hogares, pero se resuelven sin violencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Requiere referirse a refugio o albergue 2.- Usted informa sobre los riesgos que corre 3.- Se le proporcionan teléfonos de emergencia 4.- Se le informa cómo reconocer una situación de crisis dentro del hogar y qué hacer. <ol style="list-style-type: none"> a) Tener un lugar seguro a donde pueda acudir si la situación violenta vuelve a ocurrir (vecinos, familiares, lugares públicos o instituciones cercanas). b) Evite correr o esconderse en la cocina, recámara o baño. c) Busque la manera de salir de la casa. d) Mantenga guardados con alguien de confianza sus documentos más necesarios. e) Prepare a sus hijos para una situación tensa, dígalos que pueden hacer; acudir con vecinos, hablar al 066, prepararse para salir de casa, etc. f) Es útil tener alguna señal de peligro que sus vecinos, amigos y/o familiares puedan observar, para llamar a los servicios de emergencia. 5.- Se le informa sobre sus derechos legales, como y donde hacer su denuncia
	<p>CONDUCTA A SEGUIR EN BAJO RIESGO</p> <p>1.- Orientación y/o canalización terapéutica</p>	

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Nombre:

Dirección:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Religión:

Ocupación:

Escolaridad:

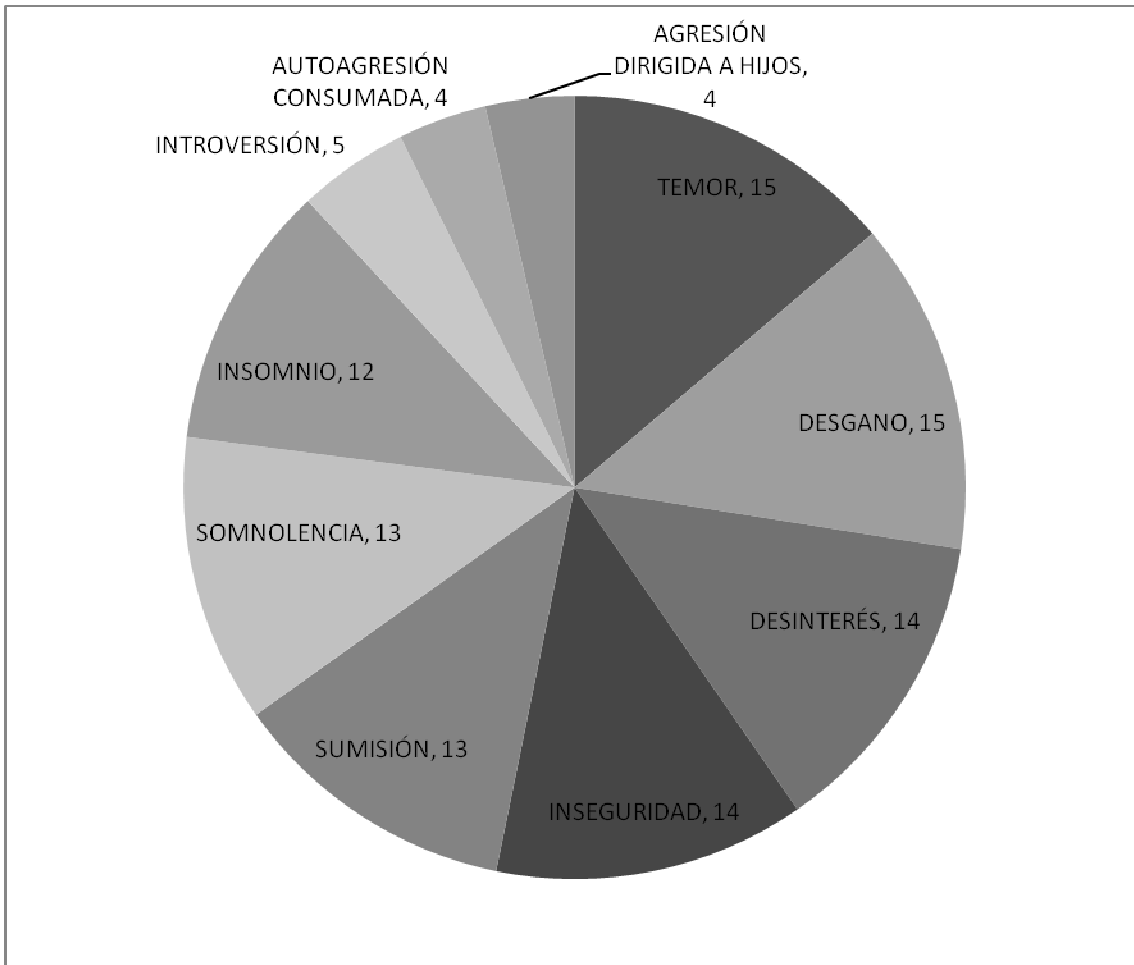
Estado civil:

Institución que atendió:

1. ¿Qué opinas de ti?
2. ¿Cómo describes a tu pareja?
3. ¿Qué piensas de tu familia?
4. ¿Con qué frecuencia sufres Violencia Física?
5. ¿Qué sentimientos o emociones experimentas al ser violentada o abusada físicamente?
6. ¿Cuáles son las situaciones que propician la violencia en tu hogar?
7. ¿Qué haces cuando la situación en el hogar se torna tensa?
8. ¿Alguien sabe que sufres Violencia Física?
9. ¿Cuentas o sientes tener el apoyo moral de algún ser querido?
10. ¿Te sientes triste o lloras con frecuencia?
11. ¿Qué piensas cuando estás siendo golpeada y después de serlo?
12. En tu caso: ¿Cuáles han sido los motivos por los que has sido violentada?
13. ¿Has intentado cambiar tu situación?, ¿De qué manera y como resultó?

ANEXO 3

CONDUCTAS PRESENTADAS EN LAS MUJERES EN PERÍODO DE VIOLENCIA



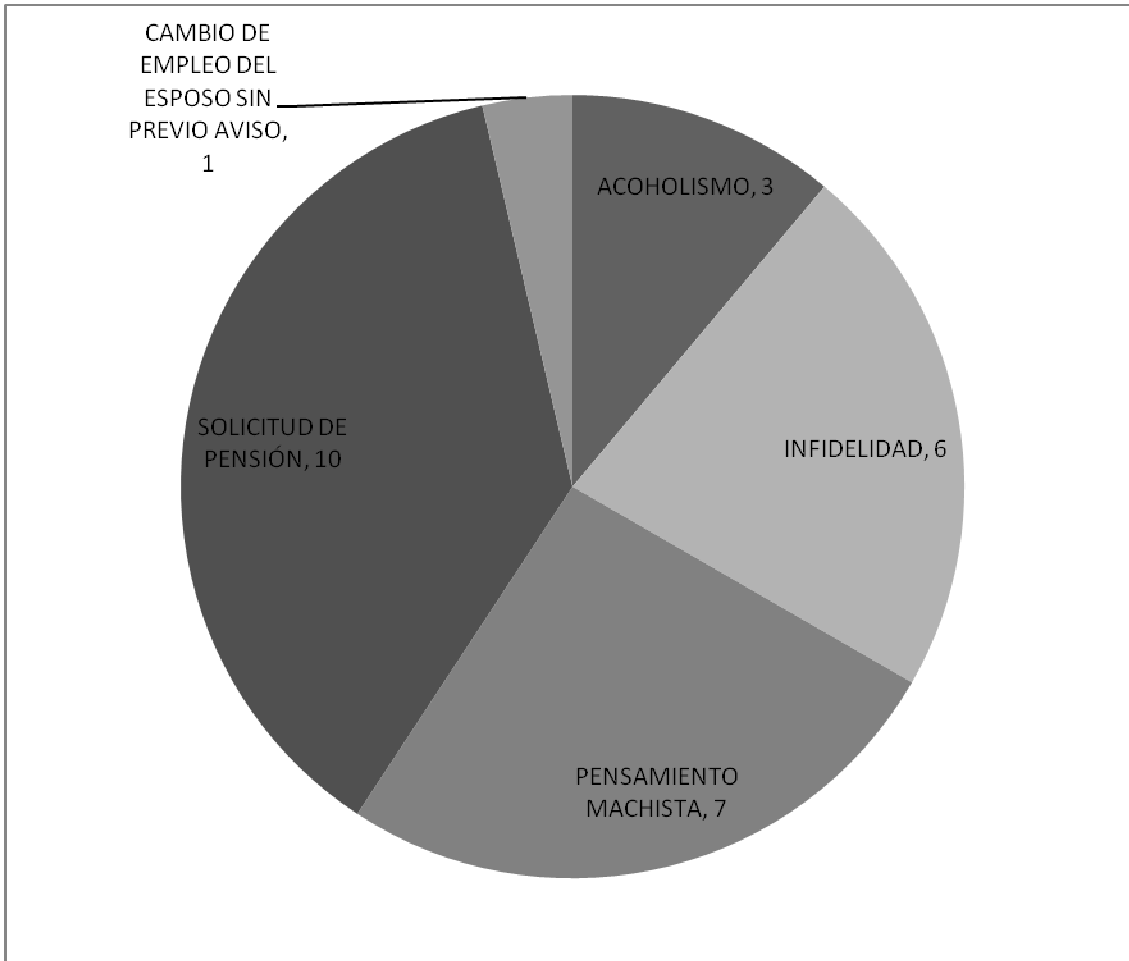
ANEXO 4

CONDUCTAS LLEVADAS A CABO DURANTE EL PERIODO VIOLENTO

CONDUCTAS	EXPRESIONES
SUMISIÓN	“Prefiero aguantarme a que me deje” “Tengo fe en que cambie” “Yo lo hice enojar”
TEMOR	“Sentía miedo de que se enojara y me volviera a golpear” “Sentía temor de separarme y no poder mantener a mis hijos”
AUTOAGRESIÓN CONSUMADA	“Me siento infeliz y culpable de que mi esposo se enojara de nuevo” “Me sentía desesperada y tomé varias pastillas para dormir, no quería despertar”
DESGANO	“No tenía ganas de hacer nada” “Haga lo que haga, siempre salimos mal”
AGRESIÓN DIRIGIDA A HIJOS	“Después de una discusión o de ser maltratada termino desquitándome con mis hijos”
INTROVERSIÓN	“En casa prefiero pasar desapercibida”
INSEGURIDAD	“No me gusta nada de mí” “No me siento capaz”
DESINTERÉS	“No me llama la atención ninguna actividad de las que acostumbraba hacer”
SOMNOLENCIA	“Me la paso con sueño durante el día”
INSMONIO	“Aunque tenga sueño en las noches no me puedo dormir” “A veces me duermo y a media noche se me va el sueño”

ANEXO 5

FACTORES FAMILIARES PRECIPITANTES DE VIOLENCIA



ANEXO 6

PENSAMIENTOS CON TENDENCIA DEPRESIVA MANIFESTADOS EN LAS MUJERES VIOLENTADAS

ÁMBITO	INDICADOR	EXPRESIONES	FRECUENCIA
INTERPERSONAL	Desinterés en actividades cotidianas	<p>“No me dan ganas ni de ir a la tienda”</p> <p>“Antes me gustaba escuchar música, ahora ya no”</p>	14 de 15 mujeres
INTRAPERSONAL	Tentativa de suicidio	“Me siento infeliz y culpable de haber provocado de nuevo el que mi pareja se enojara”	4 de 15 mujeres
	Tristeza	<p>“Me siento con ganas de llorar”</p> <p>“Estoy nostálgica”</p> <p>“Estoy triste”</p> <p>“Por mi culpa estamos así”</p>	15 de 15 mujeres
	Variación en los periodos de sueño	<p>“Me cuesta mucho trabajo conciliar el sueño”</p> <p>“Casi no duermo nada”</p> <p>“Me despierto con cualquier ruido y ya no me puedo volver a dormir”</p> <p>“Me da miedo dormir y que mi esposo se salga o llegue enojado por algo”</p> <p>“Prefiero estar dormida todo el día”</p>	13 de 15 mujeres
	Sensación de	“Yo lo hice enojar”	15 de 15 mujeres

	incapacidad	<p>“Yo tengo la culpa de que él se haya molestado”</p> <p>“Siempre hago las cosas mal”</p> <p>“Esto nunca va a cambiar”</p> <p>“Es que yo lo quiero”</p>	
	Inseguridad	<p>“Si hay mucha gente prefiero no ir, me siento incómoda y pienso que solo me están criticando”</p> <p>“Antes de salir de casa debo cambiarme mil veces porque siento que nada se me ve bien”</p>	5 de 15 mujeres
	Pesimismo	<p>“Por más que me arregle mi esposo no lo nota”</p>	5 de 15 mujeres
	Desesperanza	<p>“Nunca cambiarán las cosas”</p> <p>“Ésta es la vida que yo escogí y me tocó vivir”</p> <p>“No saldré de esto”</p> <p>“Ésta situación no va a mejorar”</p> <p>“Nadie puede ayudarme”</p>	15 de 15 mujeres
	Temor	<p>“Si le pido el divorcio me va peor”</p> <p>“Me tiene amenazada con quitarme a mis hijos”</p>	15 de 15 mujeres

ANEXO 7

HISTORIA CLÍNICA

I. DATOS PERSONALES.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE ESTUDIO:

DIRECCIÓN:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO CASA:

CELULAR:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

RELIGIÓN:

ESTADO CIVIL:

NÚMERO DE HIJOS:

NÚMERO DE EMBARAZOS:

TIPO (S) DE PARTO (S): NORMAL ____ INDUCIDO ____ CESÁREA ____

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD? SI ____ NO ____ ¿CUÁL?

¿ALGÚN FAMILIAR PADECE UNA ENFERMEDAD GRAVE? SI ____ NO ____ ¿CUÁL?

¿TIENE ALGÚN VICIO? SI ____ NO ____ SI ES ASÍ, ¿CUÁL (ES)?

¿RECIENTEMENTE HA TENIDO VARIACIONES EN EL SUEÑO? (EXPLIQUE):

¿SU PESO CORPORAL HA SUFRIDO MODIFICACIONES? (EXPLIQUE):

¿CÓMO CONSIDERA SU APETITO? BUENO ____ REGULAR ____ MALO ____

II. DATOS DEL CÓNYUGE.

NOMBRE DEL ESPOSO:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD? SI ____ NO ____ ¿CUÁL?

¿ALGÚN FAMILIAR PADECE UNA ENFERMEDAD GRAVE? SI ____ NO ____ ¿CUÁL?

¿TIENE ALGÚN VICIO? SI ES ASI, ¿CUÁL (ES)?

III. MOTIVO DE CONSULTA.

VIOLENCIA INTRAFAMIIAR DE TIPO:

A) FÍSICA ____

B) PSICOLÓGICA ____

C) LABORAL ____

D) DE GÉNERO ____

E) ECONÓMICA ____

F) SEXUAL ____

FAMILIOGRAMA

OBSERVACIONES:

ANEXO 8

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) PROPORCIONADO POR EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) CLAVE 5481,
UTILIZADO EN EL CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE URUAPAN,
MICHOACÁN.**

ANEXO 9

RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

PUNTUACIÓN Y NIVELES DE DEPRESIÓN	CANTIDAD DE MUJERES	PORCENTAJE
0 – 9 AUSENCIA DE DEPRESIÓN	7	46.7 %
10 – 18 DEPRESIÓN LEVE	5	33.3 %
19 – 29 DEPRESIÓN MODERADA	2	13.3 %
30 EN ADELANTE DEPRESIÓN GRAVE	1	6.7 %

ANEXO 10

NIVELES DE DEPRESIÓN ENCONTRADOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

