

**PREVALENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EXPERIMENTADOS POR
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA REPORTADAS POR LA
COMISARÍA CUARTA DE FAMILIA, LA FUNDACIÓN TEKNOS Y LA FUNDACIÓN
CEDESOCIAL DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.**

Iván Leonardo González Bustillo

Cód. 1.143.115.407

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA C.U.C.
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2013**

**PREVALENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EXPERIMENTADOS POR
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA REPORTADAS POR LA
COMISARÍA CUARTA DE FAMILIA, LA FUNDACIÓN TEKNOS Y LA FUNDACIÓN
CEDESOCIAL DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.**

González Bustillo Iván Leonardo

Asesorado por:

Mg. Daniella Abello Luque

Proyecto de Grado realizado para obtener el título de Psicólogo

UNIVERSIDAD DE LA COSTA C.U.C.

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA

2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma Jurado 1

Firma Jurado 2

Firma Jurado 3

Septiembre 23 de 2013

A las mujeres que confiaron en mí para la realización de éste estudio.

Fue un privilegio conocer sus testimonios y generar conocimiento

a partir de sus experiencias de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, la luz y fuente divina de mi existencia.

A mi madre Rosiris, por hacer su mejor y mayor esfuerzo cuando más lo necesité. Sin su apoyo incondicional no hubiese concluido esta meta.

A mi padre Tadeo, por enseñarme el indispensable arte de la crítica propositiva al momento de investigar y crear nuevos conocimientos.

A mi hermano Moisés, por su atención y fascinación durante la elaboración de éste trabajo. Sus ojos brillantes siempre me hacían reconocer que estaba en el camino correcto.

A mi abuela Gloria Matera, por ser mi inspiración práctica para estudiar ésta temática. Eres mi psicóloga empírica favorita. Gracias por darme la mitad de todo el amor que tengo.

A mi tutora Daniella Abello, por su guía y apoyo conceptual y metodológico. Fue un verdadero placer trabajar de su mano.

A Adriana De la Peña, por su maravilloso aporte en la elaboración del planteamiento del problema.

A la Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa por proveerme de los conocimientos teóricos, herramientas metodológicas y valores profesionales necesarios para la elaboración de el presente proyecto de grado.

A Nazly Mulford, Beivis Zambrano y Ema Doris López por abrirme las puertas de las instituciones que representan y creer en mi propuesta investigativa. Sé que juntos construiremos un mejor presente para la mujer.

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad describir la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados por mujeres víctimas de violencia doméstica reportadas por las instituciones Comisaría Cuarta de Familia del Distrito de Barranquilla, Fundación TEKNOS y Fundación CEDESOCIAL. Para ello se seleccionó de forma cuidadosa y controlada una muestra no probabilística de 37 mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la ciudad de Barranquilla que fueron víctimas de agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales durante el período de Diciembre de 2012 – Mayo de 2013. El instrumento de medición utilizado fue el Beck Anxiety Inventory –BAI, el cual es de fácil resolución y permite evaluar los niveles de Ansiedad Leve, Moderada y Severa en función de los síntomas somáticos, conductuales y cognitivos experimentados durante la última semana.

Los resultados fueron tabulados a partir del programa SPSS e indican en un alcance general que el nivel de ansiedad más frecuente en la totalidad de la muestra es el de Ansiedad Severa, representado en un 43,2% y con una frecuencia de 16 casos. Los niveles Ansiedad Moderada y Ansiedad Leve se presentan con similitud porcentual, en un 27,0% y 29,7% respectivamente.

Palabras clave: Violencia Doméstica contra la Mujer, Ansiedad Leve, Ansiedad Moderada, Ansiedad Severa.

ABSTRACT

This research aims to describe the prevalence of anxiety levels experienced by female victims of domestic violence as reported by the institutions *Comisaría Cuarta de Familia del Distrito de Barranquilla*, *Fundación TEKNOS* and *Fundación CEDESOCIAL*. The controlled and non-probabilistic sample consists of 37 women from the city of Barranquilla categorized by socioeconomic layers of 1, 2, and 3 who were victims of physical, psychological, and/or sexual abuses during the period of December 2012-May 2013. Beck Anxiety Inventory – BAI is used in this study to measure and evaluate the levels of anxiety depending on the somatic, cognitive, and behavioral symptoms experienced during the last week.

The results were tabulated using the SPSS program and indicate that the most common level of anxiety experience in the sample population is High Anxiety with a percentage of 43.2% and a frequency of 16 cases. Low and Moderate Anxiety levels indicate a percentage similarity of 27.0% and 29.7% respectively.

Key words: Domestic Violence against Women, Low, Moderate and High Anxiety levels.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	14
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	16
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Justificación	34
1.3 Objetivos	37
1.3.1 Objetivo General	37
1.3.2 Objetivos Específicos	38
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	38
3. MARCO TEORICO	43
3.1 Teorías explicativas de la Violencia Doméstica	43
3.1.1 Componente explicativo de la Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson en el estudio de la mujer en situación de violencia doméstica.	43
3.1.2 Relaciones entre la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura y la Violencia Doméstica contra la mujer.	46
3.1.3 Teorías psicosociales sobre género en el marco de la violencia doméstica.	48
3.2 Teorías explicativas de la Ansiedad desde el Paradigma Cognitivo-Conductual.	50
3.2.1 Teoría cognitiva de la ansiedad de Beck.	50
3.2.2 Modelo Estado-Rasgo de Spielberger.	53

3.2.3 Teoría de la Ansiedad como Constructo Personal de Hallam.	54
4. MARCO CONCEPTUAL	56
4.1. Violencia de Género.	56
4.1.1 Introducción a la Violencia de Género	56
4.1.2 Definiciones políticas y características conceptuales de la violencia de género.	57
4.1.3 Violencia de género a nivel doméstico.	60
4.1.4 Modalidades de la Violencia Doméstica contra la Mujer.	63
4.2 Ansiedad	65
4.2.1 Historia de los trastornos de ansiedad	65
4.2.2 Los trastornos de ansiedad	66
5. MARCO LEGAL Y JURÍDICO	71
5.1 Legislación internacional de la violencia doméstica	71
5.2 Legislación nacional de la Violencia Doméstica	74
5.3 Políticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el marco de la Violencia Doméstica.	75
5.4 Políticas del Gobierno Nacional en el marco de la Violencia Doméstica	76
6. VARIABLE DE ESTUDIO	78
6.1 Conceptualización de la variable de estudio	78
6.2 Operacionalización de la variable de estudio	78
7. DISEÑO METODOLÓGICO	82
7.1. Tipo de investigación.	82
7.2 Población y muestra de la investigación	83
7.2.1 Unidad de análisis.	83
7.2.2 Muestra.	83
7.2.3 Criterios de inclusión de la muestra	83

Niveles de Ansiedad experimentados por Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica	10
7.2.4 Tipo de Muestra	86
7.3 Técnicas e Instrumentos	91
7.4 Procedimiento de recolección de la información	93
8. HIPÓTESIS	95
9. RESULTADOS	96
10. CONCLUSIONES	116
11. RECOMENDACIONES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	132

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de la Variable de Estudio.	78
Tabla 2. Características de la muestra.	84
Tabla 3. Características del caso estudiado.	89
Tabla 4. Interpretación de los resultados del BAI.	94
Tabla 5. Distribución de la Muestra según Institución que reporta los Casos de Violencia Doméstica contra la Mujer.	96
Tabla 6. Distribución de la Muestra según la Etapa del Ciclo Vital de pertenencia.	97
Tabla 7. Distribución de la Muestra según Estrato Socioeconómico.	98
Tabla 8. Distribución de la Muestra según Nivel Educativo.	99
Tabla 9. Distribución de la Muestra según Ocupación.	101
Tabla 10. Distribución de la Muestra según Fecha del Último Acto Violento.	102
Tabla 11. Distribución de la muestra según el Parentesco del (a) Agresor (a).	104
Tabla 12. Distribución de la Muestra según Modalidad de Violencia Doméstica contra la Mujer.	105
Tabla 13. Niveles de Ansiedad experimentados por la Totalidad de la Muestra.	107

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Espectro poblacional, de unidad de análisis y muestra no-probabilística.	88
Gráfico2. Distribución de la Muestra según Institución que reporta los Casos de Violencia Doméstica contra la Mujer.	96
Gráfico 3. Distribución de la Muestra según la Etapa del Ciclo Vital de pertenencia.	97
Gráfico 4. Distribución de la Muestra según Estrato Socioeconómico.	98
Gráfico 5. Distribución de la Muestra según Nivel Educativo.	99
Gráfico 6. Distribución de la Muestra según Ocupación.	100
Gráfico 7. Distribución de la Muestra según Fecha del Último Acto Violento.	102
Gráfico 8. Distribución de la muestra según el Parentesco del (a) Agresor (a).	104
Gráfico 9. Distribución de la Muestra según Modalidad de Violencia Doméstica contra la Mujer.	105
Gráfico 10. Niveles de Ansiedad experimentados por la Totalidad de la Muestra.	107
Gráfico 11. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según la Institución que Reporta los casos de Violencia Doméstica contra la Mujer.	108
Gráfico 12. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según la Etapa del Ciclo vital de pertenencia.	110
Gráfico 13. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según estrato.	111
Gráfico 14. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según Nivel Educativo.	112
Gráfico 15. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según Ocupación.	113
Gráfico 16. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según Modalidad de Violencia Doméstica contra la Mujer.	114

TABLA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Inventario de Ansiedad de Beck – BAI.	132
Anexo 2. Formato del Consentimiento Informado para la muestra.	133
Anexo 3. Formato de Entrevista de Indagación Externa.	134
Anexo 4. Formato del Consentimiento Informado para Indagación Externa.	137

INTRODUCCIÓN

La Ansiedad según la OMS es la principal causa de improductividad; y estudios como los de Alonso (2007) han demostrado que ésta consecuencia psicológica se presenta de manera significativa y contundente en la población de mujeres víctimas de violencia doméstica. Un estudio realizado con mujeres maltratadas mexicanas y españolas demuestra que el 100% de ellas padecía la sintomatología propia de la ansiedad según el Beck Anxiety Inventory antes del desarrollo del tratamiento, la cual es traducida a signos somáticos como entumecimiento u hormigueo, sensación de calor, temblor en las piernas, incapacidad para relajarse, miedo a que ocurra lo peor, vértigo o mareo, nervios, dificultades para respirar, palpitaciones, etc. (Alonso, 2007).

El reporte de la III Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Nairobi en 1985 considera a los malos tratos contra las mujeres como un verdadero problema de la comunidad internacional y uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la paz (ONU, 1985 pág.16). Así, la problemática de la violencia doméstica y sus implicaciones en la salud mental, específicamente en la generación de ansiedad, ha sido estudiada en contextos como Estados Unidos y México y principalmente en España. A pesar de ésta realidad, las investigaciones en ésta temática son sumamente escasas en Colombia, lo cual se configura como la principal motivación para generar conocimiento científico en ésta temática socialmente relevante.

A través del presente estudio el lector encontrará una descripción histórica de la problemática de la Violencia Doméstica contra la Mujer y un recuento de los principales antecedentes científicos internacionales que demuestran el rol que ésta problemática juega en la generación de ansiedad de sus víctimas. A su vez se exponen los conceptos relacionados a la temática abordada

como son las tipologías de la violencia de género en el contexto doméstico y la historia y desarrollo conceptual de los trastornos de ansiedad, entre otros; hasta llegar a las teorías en las que reposa la investigación dentro de las cuales se destacan la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura y su relación con la Violencia Doméstica contra la Mujer, y la Teoría Cognitiva de Beck y su contribución a la detección de la Ansiedad a partir de la administración del instrumento Beck Anxiety Inventory -BAI.

Asimismo se presenta una breve y sustanciosa descripción de las leyes internacionales y nacionales vigentes en materia de la Violencia Doméstica, así como las políticas nacionales de protección y tratamiento a las víctimas. Luego se detallan las características conceptuales y operacionales de la variable de estudio (ansiedad), el diseño metodológico seleccionado, las características demográficas y criterios inclusivos de la muestra y la aplicabilidad, fiabilidad y consistencia interna del Beck Anxiety Inventory.

Por consiguiente se determina la hipótesis de estudio seguida por el análisis de los resultados, por medio del cual se describe la muestra en términos demográficos y los niveles de ansiedad experimentados por la totalidad de la muestra (37 mujeres víctimas de violencia física, psicológica y/o sexual a nivel doméstico). Finalmente se describe la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados según la institución que reporta, la etapa del ciclo vital de pertenencia, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la ocupación y las modalidades de violencia doméstica.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

La Violencia de Género puede definirse como “aquella violencia que se desprende del hecho mismo de ser mujer o de ser hombre y que se dirige de un género hacia el otro. Aunque hay formas poco estudiadas de la violencia (generalmente psicológica) de la mujer hacia el hombre, la violencia más frecuentemente y multifacética es la del hombre hacia la mujer”. (Banchs, 1994 Pág. 14).

Esta problemática se configura en diversos ámbitos públicos (trabajo, universidad, escuela, etc.) y privados (hogar básicamente) de la sociedad. Particularmente en la presente investigación se realiza un análisis de la problemática a nivel doméstico, es decir, la violencia contra la mujer que se lleva a cabo en su hogar, a partir de la pareja íntima o cualquier miembro de la familia tanto nuclear como extensa. Para ubicar a la violencia de género como problemática social de relevancia internacional, se hace necesario citar los acontecimientos claves a partir de los cuales hoy en día se reconoce a la temática estudiada como un problema social.

En el marco de la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer", la Organización de las Naciones Unidas define a ésta problemática como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (ONU, 1994 art. 2).

Así mismo en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995 se define a la Violencia de Género como “(...) una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y mujeres, que han causado la dominación de la mujer por el hombre. (...) dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad” (ONU, 1995 Anexo. 1).

Así mismo, otra importante declaración es la realizada por la ONU a partir de la Convención de Belém do Pará del 5 de marzo de 1995, a partir de la cual se concibe a la violencia de Género como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República de Paraguay, 2010 pág. 2).

A su vez, el reporte de la III Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Nairobi en 1985 considera a los malos tratos contra las mujeres como un verdadero problema de la comunidad internacional y uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la paz (ONU, 1985 pág.16).

La Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, a través de la cual se aprueba la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Declaración 48/104; Naciones Unidas, 1994), marca un hecho histórico en el reconocimiento internacional de la problemática, puesto que considera a la violencia contra la

mujer como obstáculo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz, así como un atentado contra los derechos humanos fundamentales de las mujeres, su libertad e integridad física.

Además de la definición de la violencia contra las mujeres contenida en su primer artículo, la Declaración de la ONU enumera en el número 2 los actos que se consideran violencia de género: “a) la violencia física sexual y psicológica que se produzca por la familia, la violación por el marido, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) la violación física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada, y c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (Alonso, 2004 págs. 37, 38).

El Consejo de la Unión Europea ha demostrado avances en su compromiso con la violencia doméstica contra la mujer, ya que dicha problemática ha obtenido un protagonismo especial a lo largo de sus políticas políticas, por medio de las cuales se han creado Resoluciones, Recomendaciones, Declaraciones y Acciones encaminadas a su erradicación. El Parlamento Europeo en el año 1997 innova con la iniciativa DAPHNE, cuyo objetivo principal es la promoción de medidas preventivas destinadas a combatir la violencia contra los/as niños/as, adolescentes y mujeres, lo cual en el año 2000 se convierte en un completo programa con duración de cuatro años (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 2000). Recientemente el programa DAPHNE II (2004 - 2008) ha obtenido su aprobación para continuar con su tarea de prevenir y erradicar este tipo de violencia (Alonso, 2004 pág. 38).

Por su parte, Rusia también ha avanzado en su lucha para erradicar la violencia doméstica contra la mujer. En el año 2006, el Ministro de la Policía Rusa inicia una campaña abierta para fomentar la actitud de denuncia de cualquier experiencia de violencia doméstica, la que se configura como un nuevo término para los rusos y una nueva responsabilidad para las autoridades de dicho país (Johnson, 2007 pág. 26).

Así mismo, después de más de una década de desacuerdo entre los movimientos feministas pertenecientes al hemisferio norte (democracias industrializadas como Estados Unidos, Canadá y Europa occidental) y el hemisferio sur (Países en vía de desarrollo en América Latina, África y Asia Sureste), las Naciones Unidas en el año 1998 inicia una nueva forma de *networking* a través de estas naciones. Unidos a favor de la justicia de género con bases en los Derechos Humanos, la idea central de los grupos feministas del mundo fue la “Violencia contra la Mujer”, lo cual permitió la discusión entre ambos hemisferios del mundo respecto de la problemática. Impulsados por nuevas Normas de Inclusividad tratadas en Rusia y el respeto por la organización autónoma (Weldon, 2006), los grupos feministas crearon redes de diálogo transnacionales constituidas por organizaciones internacionales (Johnson, 2007 pág. 26).

En este orden de ideas, se observa un nuevo consenso feminista que ha transformado las políticas de violencia de género alrededor del mundo. A finales del siglo XX en Rusia, casi todos los activistas implementaron el lenguaje de los derechos humanos de la mujer, e inclusive aquellos que criticaron las formas más agresivas de intervención, reconocieron al movimiento feminista ruso como integrante fundamental de la “guerra mundial contra la violencia contra la mujer”. Hester (2005), Luciano et al. (2005) y Merry (2006) argumentan que regiones diferentes a Eurasia como América Latina y Asia se han configurado como referentes y modelos de debates nacionales y activismo local, convirtiéndose en influencias globales similares a las que han

impactado a Rusia en el marco de la batalla contra la violencia de género (Johnson, 2007 págs. 26 - 27).

La relevancia social internacional de la Violencia Doméstica contra la Mujer se hace notoria a su vez debido a su costo económico alarmante. Se estima que aproximadamente 4.1 billones de dólares se gastan para atención médica y tratamientos para la salud mental, y casi 1.8 billones de dólares se han gastado gracias a la pérdida de productividad relacionada a la morbilidad y a la mortalidad prematura de mujeres maltratadas (NCIP, 2003).

En cualquier caso de violencia doméstica deben considerarse los gastos de servicios directos de abogacía que van alrededor de 3.3 billones de dólares, según el ViolenceAgainstWomenAct-II, para los años 2000 al 2005, cuyos procesos incluyen enforcement*, procesos y demandas y costos de la corte (Roberts, Albert. 2007).

Debido a que la violencia doméstica contra la mujer resulta frecuentemente en serios problemas médicos, es de suma importancia citar los costos hospitalarios generados por dicha problemática. La violencia doméstica es el la causa número uno de las visitas de mujeres a las salas de emergencia (Roberts and Roberts, 2005). Los daños médicos pueden variar desde huesos rotos hasta daño mental. En el Economic Study Within the Health Sector, Max et al. (2004) se estima la prevalencia y costos medicos de violencia doméstica en términos de Visitas a la Sala de Emergencia, consulta externa, hospitalizaciones, atención física, atención odontológica, costos de ambulancia y paramédicos y costos de terapia física. Este análisis económico encontró que para las víctimas de violencia doméstica por parte de su pareja íntima, el costo aproximado del servicio médico recibido por cada mujer es de 4.247.10 USD. (Max et al., 2004).

Por su parte, gracias al creciente trabajo de diferentes organismos internacionales interesados en combatir la Violencia Doméstica contra la Mujer, se ha establecido dicha problemática como una temática de gran interés científico e investigativo. En diferentes latitudes se ha estudiado a este tipo de violencia desde diversas disciplinas científicas, enfoques, paradigmas epistemológicos y líneas de investigación, lo cual ha generado un acercamiento diversificado a la temática. Como consecuencia, este fenómeno se relaciona con otras problemáticas específicas tales como Violencia, Violencia de Pareja Íntima, Violencia Marital, Hombres Abusadores, Discriminación de Género y Violencia de Familia.

Dentro de toda esta situación problemática en la que se incluyen diversos fenómenos sociales con urgencia de intervención, existe una conexión entre ellos, la cual parece suponer la condición de inferioridad a la cual la mujer ha sido sometida. En concreto, las investigaciones publicadas en habla inglesa se refieren a este tipo de violencia con múltiples denominaciones, siendo las más frecuentes: “domesticviolence”, “violenceagainstwomen”, “intimatepartnerviolence (IPV)”, “marital violence”, “batteredwomen”, “familyviolence”, “wifeassault” o “wife abuse”, entre otras. De la misma manera, las investigaciones en castellano utilizan términos como violencia de género, violencia familiar o intrafamiliar, violencia doméstica, violencia conyugal o mujeres maltratadas, principalmente (Alonso, 2007 cap. 3).

A pesar de que las diferentes denominaciones que adopta este tipo de violencia suelen ser utilizadas indistintamente, la realidad es que cada una de ellas sugiere una idea diferente sobre la naturaleza del problema, sus causas, e incluso sus soluciones (Medina, 2002).

De toda la situación problemática, esta investigación se enfoca en la Violencia de Género a nivel doméstico, entendiéndola como cualquier acto de violencia ya sea físico, psicológico o sexual, que reciba una mujer en su contexto familiar.

Con respecto a este tipo de violencia, existen algunos factores explicativos. Un de ellos se refiere a los factores unicastales de individuales, que se refieren específicamente a explicaciones reduccionistas que consideran como causa de la violencia doméstica las características psicológicas de la víctima y el agresor; dentro de ellas, la presencia de un trastorno mental o un problema abusivo de alcohol. En otro extremo, se ha considerado a las mujeres víctimas de maltrato doméstico como masoquistas, con la argumentación que de forma consciente o inconsciente son ellas las que buscan y provocan ser objeto de las agresiones (Alonso, 2007).

Los intentos por entender las causas de la violencia doméstica contra la mujer a partir de un único factor explicativo, son limitantes; a través de esta posición solamente se logra un acercamiento simplista y parcial a este problema de carácter social, alejado completamente de su indiscutible complejidad. Así mismo, buscar en la mujer el origen del maltrato presume, en gran medida, su justificación, culpabilizando a la víctima por su ocurrencia. Por ende, y a pesar de la inexistencia tanto de un consenso investigativo como de datos que expliquen verazmente los factores que configuran esta problemática, parece clara la idea de la violencia doméstica como un fenómeno multicausal, en el cual no sólo intervienen factores individuales, sino también los de carácter social, cultural y a nivel de relación de la pareja (Alonso, 2007).

Otro tipo de factor explicativo es el que supone a la Violencia doméstica contra la Mujer como resultado del machismo. Históricamente este tipo de violencia se enmarca como consecuencia del modelo de familia patriarcal que subordina a la mujer ante el varón, privando en muchas ocasiones al género femenino de sus derechos esenciales como persona. Este tipo de modelo familiar fue históricamente fundamentado en documentos legales como el Código Penal español de 1870, los cuales influyeron indudablemente en las concepciones culturales de épocas pasadas y actuales con respecto al género femenino y su posición en la sociedad. Dicho Código

Penal delimitaba las responsabilidades conyugales y participación de ambos géneros dentro del matrimonio, colocando a la mujer en una posición de vulnerabilidad, desigualdad e inferioridad. “En cuanto a la responsabilidad por los delitos cometidos, el Código Penal concebía a la mujer como un sujeto tan moral y capaz como el varón. Ciertamente, esa igualdad no brillaba en los Arts. 438, 448, y 452 del Código Penal de 1870, que establecían un tratamiento diferente para el adulterio según lo cometiera el marido o la esposa, o en el Art. 603 del mismo Código, que imponía penas para las mujeres que desobedecieran al marido” (Jago, Blanco, Enríquez, 1998. Págs. 244 - 245).

Como se ha observado, parece ser que una de las principales causas históricas de la violencia de género a nivel doméstico se remite a la concepción machista de los integrantes (padres e hijos) de la red vincular. Este machismo producto de un modelo de figura patriarcal reforzado por la ley subordina a la mujer, colocándola en un lugar de esclavitud y denigración y subestimándola en sus capacidades físicas, mentales y sociales. Concepción Arenal (2009), en su libro “La Mujer del Porvenir” refiriéndose al código Penal Español de 1870, argumenta: “¿Por qué no se le mira –a la mujer- como al niño que obra sin discernimiento, o cuando menos como al menor? (...) Es monstruosa la –contradicción- que resulta entre la ley civil y la ley criminal; la una nos dice: Eres un ser imperfecto; no puede concedérsete derechos. La otra: Te considero igual al hombre y te impongo los mismos deberes; si faltas a ellos, incurrirás en idéntica pena” (Arenal, 2009. Pág. 11).

En consecuencia tal concepción machista, del poder del hombre sobre la mujer y de inferioridad de la mujer ante el varón, inscrita a nivel legal y cultural en la mente de los integrantes de una sociedad, ha reforzado a través de los tiempos todo tipo de manifestaciones de violencia contra las mujeres, evidenciándose ante ello un claro sentido de discriminación. Bien lo

argumentaría María Branchs (1994) al afirmar que tal discriminación permite el reforzamiento de estereotipos y roles sexistas en la socialización familiar, en la educación formal, en los medios de comunicación, así como la desigualdad de oportunidades en el campo laboral, profesional y en general en la esfera tanto pública como privada.

A nivel legal y político, la problemática de la Violencia de Género a nivel doméstico ha ganado participación, lo que ha colocado a éste tipo de violencia en el estatus de problemática de gran relevancia social.

A nivel internacional, en España el 22 de diciembre de 2004 se aprueba de forma unánime la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género, situando a la violencia contra las mujeres como un asunto de Estado (Jefatura del Estado, 2004). De manera específica, esta Ley busca ofrecer una respuesta de carácter integral al problema de la violencia contra la mujer, al establecer una serie de medidas de sensibilización, prevención, detección e intervención en diferentes esferas (educativa, sanitaria, social, institucional, penal y judicial). Específicamente, la Ley Integra, articula medidas con el objetivo de la informar al conjunto de la sociedad “nuevas escalas de valores, basadas en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en la igualdad entre hombres y mujeres” (art. 3), incluyendo los actos en el ámbito educativo (arts. 4 - 9) y en la esfera sanitaria (art. 15 y 16). Asimismo contempla medidas que favorezcan tanto la autonomía como la readaptación de las víctimas a su vida social y laboral, entendidas como reducción del tiempo de trabajo, movilidad geográfica y flexibilidad de horarios laborales (art. 21), programas particulares de empleo (art. 22), subsidios sociales y económicos, facilitando el acceso a viviendas protegidas (art. 27) y residencias públicas de mayores (art. 28) y el derecho a una asistencia social integral a partir de medidas de prevención y protección (art. 19) y asistencia jurídica unificada sin costo en en cada uno de los procedimientos

necesarios (art. 20) entre otras. De igual manera, la Ley dio pie a la creación de Juzgados Exclusivos de Violencia contra la Mujer, con potestad de actuación en cada una de las causas que afectan a una misma víctima, a nivel penal y civil (Alonso, 2007. Pág. 41).

Por su parte, en México se expide en marzo de 200 de la Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA 1-1999) que regula la prestación de servicios de salud y establece los criterios para la atención médica de la violencia familiar, delimitando las responsabilidades tanto de los profesionales como de las instituciones de salud en la asistencia a dichas víctimas, significando un avance incuestionable. Según dicha norma, todos los centros de salud y hospitales deben poseer lineamientos internos que permitan la remisión oportuna de las víctimas de violencia doméstica a las autoridades pertinentes, incluyendo a la Procuraduría General de Justicia. De igual manera, hace obligatoria la existencia de un registro de cada uno de los casos de violencia doméstica atendidos en las instituciones del sector salud, con el objetivo de estimar las implicaciones de la problemática social. A pesar de su existencia la Secretaría Nacional de Salud Pública de México informa que la norma es desconocida por la mayoría de los centros de atención médica de ese país, lo que motivó a que la Secretaría, a partir de enero del 2006, adoptara la medida de distribución de un modelo para la aplicación de la norma oficial en las distintas secretarías de salud estatales y en los diferentes hospitales públicos y centros de salud mexicanos (Alonso, 2007. Pág. 44).

Por otro lado, el estudio epidemiológico *Gender-based Abuse: The Global Epidemic* del *Caderno de Saúde Pública de Rio de Janeiro* evidencia que en Barbados (1993) un 30% de las mujeres encuestadas fueron maltratadas en su etapa adulta y los hombres y mujeres encuestados reportaron que el 50% de sus madres fueron golpeadas en algún momento de su vida; en Uganda (1991), sobre una muestra de 73 mujeres, se reportó que el 46% de ellas ha sido abusada

físicamente por su pareja, adicionalmente 7 mujeres reportaron recibir golpes de miembros de sus familias y otras 5 reportaron asaltos y abusos por parte de externos al núcleo familiar; en Tanzania (1990), el 60% de 300 mujeres encuestadas reportaron abuso físico por parte de su pareja sentimental; en Sri Lanka (1990) un estudio realizado con 200 mujeres étnicas arroja que el 60% de ellas fue golpeada, el 51% de éstas mujeres reportaron haber sido golpeadas por sus maridos con diversos tipos de armas; en Korea (1988) 708 mujeres fueron encuestadas, el 42% de ellas fueron golpeadas por sus maridos después del matrimonio y el 14% de la muestra general reportó que fueron golpeadas por los maridos durante el último año; en Guatemala (1990) 1000 mujeres fueron encuestadas de forma aleatoria, un 49% de ellas fue abusada y un 70% de la muestra general reportó ser víctima de abuso físico, psicológico y sexual por parte de su pareja íntima masculina; en México (1993) 57% y 44% de 1163 mujeres urbanas y 427 mujeres rurales, respectivamente, experimentaron violencia interpersonal, siendo el marido el principal agresor en el 60% de los casos; en Nueva Zelanda (1995) 3.000 mujeres fueron encuestadas y un 22% de ellas reportaron haber sido abusadas físicamente antes de los 16 años, 76% de ellas lo fueron por su pareja íntima masculina y el 21% de ellas a su vez fueron abusadas sexualmente por su pareja. En Colombia (1992) las estadísticas también son alarmantes, en un estudio realizado con 3.272 mujeres urbanas y 2.118 mujeres rurales, se evidenció que el 20% de ellas experimentó maltrato físico, 33% fueron abusadas a nivel psicológico y un 10% de ellas fueron violadas por su marido. (Heise, 1994).

En España, se estima que en un 9.3% las mujeres mayores de 18 años son víctimas de maltrato físico, psicológico o sexual por parte de sus parejas íntimas y que en más del 60% de estos casos el maltrato ocurre durante un periodo mayor a 5 años (Instituto de la Mujer, 2006). Asimismo, un estudio realizado en el país vasco por Amor, Pedro; Echeburúa, Enrique; De Corral, Paz; Sarasua, Belén y Zubizarreta, Irene, se encuentra que se instaura precozmente en la

relación de pareja, pero con diferencias específicas: la serie de maltratos comienzan dentro de los dos primeros años de convivencia (noviazgo o primer año de convivencia en pareja) en el 82% de los casos de violencia física, pero en proporción menor en las víctimas de violencia psicológica (59%). A su vez, en casi todas las víctimas, los últimos episodios de violencia han sido muy recientes puesto que más del 70% de las mujeres han recibido algún tipo de maltrato en los últimos 3 meses (Amor, Echeburúa, De Corral, Sarasua, Zubizarreta, 2001. Págs. 175 - 177).

Por su parte, en Estados Unidos de América una mujer es maltratada cada 9 segundos por su actual o anterior pareja íntima, estimándose que cada año 8.7 millones de mujeres sufren maltrato físico por parte de su compañero sentimental. Al rededor de 2 millones de estas mujeres son víctimas de violencia severa (Roberts, 2005. Pág. 3).

En noviembre 24 de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Geneva, Switzerland, publicó los hallazgos del estudio internacional más grande que se haya realizado hasta el momento sobre Violencia Doméstica. Los resultados se basan en entrevistas con alrededor de 24.000 mujeres residentes en áreas urbanas y rurales de 10 países, incluyendo Brazil, Ethiopia, Japón, Peru, Samoa, Serbia y Tailandia. El estudio indicó que las mujeres se encuentran en mayor grado de riesgo de violencia en sus propias casas que en la calle. De un cuarto hasta la mitad de todas las mujeres víctimas de asalto físico por sus maridos demostraron que sufrieron graves injurias físicas como resultado del maltrato. Más del 20% de las mujeres que reportaron violencia física en este estudio comentaron que nunca le hablaron a nadie sobre el abuso antes de ser entrevistadas. A pesar de las serias consecuencias médicas de la violencia doméstica, sólo un porcentaje pequeño de éstas mujeres nunca recibieron ayuda por parte de los centros de atención médica o la policía. Sin embargo, aquellas que vieron ayuda únicamente la recibieron a través de los vecinos y miembros de la familia extensa. A su vez, se encontró que de

4% a 12% de las mujeres entrevistadas en la muestra aleatoria sufrieron maltrato durante el embarazo por parte del padre de la criatura en gestación. La mitad de las entrevistadas reportaron haber sido atacadas y/o golpeadas en el abdomen (Roberts, 2007. Pág. 4).

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer Tjaden and Thoennes aplicada en Washington D.C., basada en una muestra de 8.000 mujeres y 8.000 de 18 años de edad y más, reporta que casi el 25% de las mujeres encuestadas sufrieron violación carnal o maltrato por parte de un presunto, el compañero de convivencia diaria, o durante toda la vida y el 1.5% indicaron que fueron abusadas físicamente o violadas por su pareja íntima durante los previos 12 meses (Roberts, 2007. Pág. 13).

Un estudio realizado en la Universidad de Murcia revela que durante el último año de convivencia con su pareja la mayoría de las mujeres, un 70.5% sufrió una combinación de violencia física, psicológica y sexual, un 26.7% de tipo físico y psicológico y sólo un 2.9% exclusivamente psicológico. Los estresores adicionales a la situación de maltrato que en mayor porcentaje presentaron las mujeres de la muestra durante los últimos doce meses fueron los problemas económicos (94.3%), los problemas laborales relacionados con la búsqueda o pérdida del trabajo (92.4%) y el relacionado con el cuidado de hijos menores a su cargo (85.7%), siendo éstos los tipos que tuvieron un mayor impacto. Es relevante destacar que el 40% de las mujeres informaron haber sufrido acoso por parte de su pareja (amenazas, insultos, acoso a través de terceros) desde el abandono de la convivencia (Patró, Corbalán, Limiñana, 2007. Págs. 120 - 122).

Las consecuencias de la Violencia Doméstica contra la Mujer son nefastas e importantes de mencionar. En un estudio se encuentra que las mujeres que son objeto de violencia doméstica

tienen un riesgo superior al doble de enfermarse y sufrir problemas de salud física y mental que las mujeres que no han sido maltratadas (WHO, 2005). Así mismo, según Krug, 2002, la gravedad de las secuelas en las víctimas se relacionaría con la intensidad del maltrato, persistiendo incluso, mucho después de que la relación violenta haya terminado (Alonso, 2007. Pág. 68).

En el estudio de Alonso (2007) se observa la clasificación que el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS del año 2005, ofrece con relación a las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres maltratadas: Consecuencias físicas: Lesiones abdominales y torácicas, Moratones e hinchazón, Síndrome de dolor crónico, Discapacidad, Fibromialgia, Fracturas, Trastornos del Aparato Digestivo, Síndrome de colón irritable, Desgarros y abrasiones, Lesiones oculares y Reducción de las funciones físicas. Consecuencias Psicológicas y del Comportamiento: Abuso de alcohol y drogas, Depresión y ansiedad, Trastornos de la conducta alimentaria y del sueño, Sentimientos de vergüenza y culpabilidad, Fobias y trastorno de pánico, Inactividad física, Baja autoestima, Trastorno de estrés postraumático, Trastornos psicosomáticos, Conductas autolíticas y autodestructivas, Comportamiento sexual de riesgo. Consecuencias Sexuales y reproductivas: Trastornos ginecológicos, Infertilidad, Inflamación de la pelvis, Complicaciones en el embarazo/aborto espontáneo, Enfermedades de transmisión sexual (SIDA, etc.), Embarazo no deseado. Consecuencias Mortales: Mortalidad relacionada con el SIDA, Mortalidad maternal, Homicidio y Suicidio (Alonso, 2007. Pág. 67).

Las secuelas provocadas por el maltrato físico son más evidentes, el impacto a nivel psicológico y el deterioro en la calidad de vida de las mujeres es más difícil de identificar y evaluar. Con el objetivo de establecer el impacto real de los efectos de la violencia contra la mujer sobre la salud individual y sobre la salud pública, se ha establecido un indicador mixto

basado en la pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA). Este indicador permite calcular el número de años perdidos en relación a una esperanza de vida teórica, basada en las características de la población y de la sociedad utilizada como referencia, que aplicado a esta problemática determinaría el número de pérdida de AVISA que se producen como consecuencia de la violencia doméstica (Alonso, 2007. Pág. 68).

Desde éste enfoque se ha considerado que los daños físicos provocados por este tipo de violencia suponen el 55% de los AVISA perdidos, mientras que los “no físicos”, referidos a los psicológicos y a la salud reproductora, suponen el 45% de la pérdida de AVISA. Al comparar los AVISA perdidos por violencia doméstica con los perdidos como consecuencia de otras patologías o situaciones se desprende que los malos tratos están situados en tercer lugar, después que la diabetes y los problemas durante el parto (aunque éste último dato se refiere fundamentalmente a los países en vías de desarrollo con un sistema de salud deficiente). Por lo tanto, teniendo en cuenta esta matización, el maltrato a la mujer se situaría en segundo lugar, por delante de las cardiopatías y los accidentes de tráfico (Alonso, 2007. Pág. 67).

En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) se resumen en tres las principales conclusiones sobre las consecuencias generales del maltrato en la salud de las víctimas: 1) La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que éste haya cesado. 2) Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de la víctima. Los efectos de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltrato a lo largo del tiempo parecen ser acumulativos (Alonso, 2007. Pág. 68).

Riggs, Caulfield y Street (2000) afirman que más de un 50% de las mujeres maltratadas cumplen criterios para el diagnóstico de depresión mayor, pudiendo alcanzar niveles de hasta un 80% (Alonso, 2007. Págs. 73, 74).

Además de los trastornos que sufren las víctimas como consecuencia directa de la violencia sufrida, otros problemas crónicos de salud se presentan en estas mujeres, tales como artritis, diabetes, presión arterial alta, migrañas o epilepsia podrían ser exacerbados por el maltrato (Alonso, 2007. Pág. 68).

Otro estudio revela que en el País Vasco un 30% de las mujeres maltratadas sufre agresiones durante el embarazo, siendo la provocación o amenaza de un aborto una de las posibles consecuencias de la violencia en la salud física de estas víctimas en periodo de gestación. Villavicencio por su parte (1996) encuentra que el 58% de la muestra había sido maltratada durante el embarazo y un 17% había sufrido un aborto o amenaza de aborto por las agresiones de su pareja (Villavicencio, 1996).

Dentro de toda la problematización, la ansiedad es considerada como una consecuencia psicológica de la problemática de la violencia de género a nivel doméstico, lo cual puede corroborarse a partir de los estudios citados en el aparte número 2 del presente proyecto de grado. Asimismo, existe una relación directa entre la ansiedad y el género femenino lo cual se evidencia a partir de estudios realizados en Europa como el de Carrasco y Espinar, en el que establecen la prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel general y la incidencia de los mismos en la mujer. En el continente europeo, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia – vida de 13.6% frente a otros trastornos como los del estado del ánimo (14.0%) y cualquier otro trastorno mental (25.0%). En España los trastornos de ansiedad son sufridos por el 9.3% de la

población frente al trastorno del estado de ánimo (11.4%) y otros trastornos mentales (19.4%). Teniendo en cuenta estas estadísticas, se estima que en Europa los trastornos de ansiedad son padecidos a lo largo de la vida por el 17.5% de las mujeres de ese país ante un 13.6% de los hombres; la prevalencia por año de estos trastornos para las mujeres es representado en un 8.7%, mientras que para los hombres indica un 3.8%. En España los trastornos de ansiedad son experimentados a lo largo de la vida por el 12.7% de las mujeres, frente a un 9.3% de los hombres; anualmente se estima que el 7.6% de las mujeres y sólo el 2.5% de los hombres padecen dichos trastornos. Según estos hallazgos la mujer tiene una predisposición mayor a sufrir estos trastornos con relación al hombre, lo cual puede relacionarse con la diferencia genética y/o neurológica entre ambos géneros. A pesar de ello, los factores psicosociales parecen intervenir en esta diferenciación puesto que la mayor ocurrencia de los trastornos de ansiedad en las mujeres puede explicarse debido a la presencia de factores de vulnerabilidad en éste género, como son la presencia de estresores y traumas de alto impacto y la sobre-valoración ante las amenazas de riesgos potenciales como son la violencia física y/o sexual que son (Carrasco y Espinar, 2008).

Tal como se ha evidenciado en el presente capítulo, la Violencia Doméstica contra la Mujer produce diversas afecciones que impiden la adaptabilidad de sus víctimas, debido a la influencia negativa que éste flagelo genera en la salud mental. Diversas investigaciones tanto estadísticas como cualitativas reflejan el costo bio-psico-social y económico generado por este tipo de violencia. La mayoría de estos estudios confirman que la ansiedad es un trastorno comúnmente padecido por las mujeres víctimas de violencia de género a nivel doméstico puesto que arrojan datos estadísticos acerca de la incidencia de los trastornos específicos de la ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo. A pesar de dicha realidad científica, las investigaciones

referenciadas no describen la prevalencia de los niveles bajo, moderado y severo de la ansiedad a partir de una escala generalizada en función de sus síntomas somáticos y conductuales característicos.

A su vez, en nuestro contexto colombiano las investigaciones en ésta temática son escasas. Los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental (2003), por ejemplo, arrojan datos referentes a la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad según el sexo. Según dicho informe, el 21.8% de las mujeres colombianas padece cualquier trastorno de ansiedad frente al 16.0% de los hombres. Así mismo, los trastornos de ansiedad específicos como el Trastorno de Estrés Post Traumático – TEPT y la Fobia Específica son padecidos en mayor proporción por la población femenina (2.5% y 13.9%, respectivamente) que por la población masculina (16.0% y 10.9%, respectivamente). A pesar de éstos resultados, los cuales demuestran que la ansiedad es un trastorno psicológico padecido mayormente por las mujeres, dicho estudio no arroja resultados diferenciados sobre la ansiedad que es padecida por mujeres víctimas de la problemática de la violencia domestica, configurándose esto como un vacío en la literatura de salud pública colombiana (Ministerio de Protección Social, 2003).

Con relación a los estudios científicos también se encontraron vacíos referentes a la temática abordada en la presente investigación; en los portales académicos tanto virtuales como físicos de las facultades de psicología de la ciudad de Barranquilla no existen publicaciones registradas acerca de la ansiedad que es experimentada por mujeres maltratadas en su hogar.

En definitiva, teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, la presente investigación tiene como principal objetivo identificar la prevalencia de los niveles de ansiedad propuestos por Beck (bajo, moderado, severo) en función de la identificación de los síntomas somáticos,

cognitivos y conductuales operacionalizados a partir del Beck Anxiety Inventory (entumecimiento, calor repentino sin justa causa, temblor en las piernas, incapacidad de relajación, temor, mareos, taquicardia, inestabilidad, nerviosismo, sensación de bloqueo, temblores en las manos, inquietud e inseguridad, miedo de perder el control, sensaciones de ahogo, temor a morir, miedo repentino, problemas digestivos, desvanecimientos, rubor facial). El ejercicio de resolver la pregunta problema “¿Cuál es la prevalencia de los niveles de ansiedad que experimentan las mujeres víctimas de violencia de género?” se configuró como el punto de partida y guía de la presente investigación y a través de su resolución fue posible identificar la intensidad en la que la ansiedad es experimentada por la muestra seleccionada y por ende, llenar los vacíos mencionados con anterioridad.

1.2 Justificación.

La Violencia Doméstica contra la mujer es una realidad en Colombia y en la ciudad de Barranquilla. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su reporte para el período comprendido entre los meses Enero – Agosto del año 2011 informa que a nivel nacional el 28% de las lesiones no fatales experimentadas por los colombianos se debe a situaciones de Violencia Doméstica, registrándose 28.854 mujeres como víctimas de esta problemática por parte de la pareja íntima y 5.984 mujeres violentadas dentro del hogar por parte de la familia extensa. Con relación a nuestra localidad, el Instituto estima que para el año de 2011 en Barranquilla 232 mujeres fueron asesinadas por concepto de violencia intrafamiliar. Teniendo en cuenta estas alarmantes cifras en las que las mujeres figuran como las principales víctimas, se determina que el desarrollo de esta investigación logrará sensibilizar a la comunidad local y

nacional con relación al efecto psicológico que se genera a partir de la violencia doméstica contra la mujer.

Revisando los portales académicos y revistas indexadas de las universidades de la ciudad de Barranquilla, se encontró que en nuestro contexto local no existen estudios relacionados a la temática abordada, es decir, investigaciones que asocien a la problemática de la violencia de género con la variable ansiedad. De igual manera, a pesar de que el Estudio Nacional de Salud Mental del Ministerio de la Protección Social (2003) arroja resultados acerca de la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados en la Costa Atlántica Colombiana (14.9%), dicho informe no presenta resultados diferenciados acerca de la ansiedad experimentada por mujeres víctimas de violencia doméstica; por lo cual la presente investigación pretende llenar parte de dicho vacío por parte de la academia local y los organismos nacionales de control.

Sin embargo, es de suma importancia reconocer la existencia de diversas investigaciones sobre los efectos psicológicos de la violencia de género a nivel doméstico (Gleason, 1993; Amor et al., 2001; Street y Arias, 2001; Plazaola-Castaño, Ruiz, 2004; Sharhabani, Arzy, Amir, Swisa, 2005; Alonso, 2007;), las cuales determinan que la ansiedad en sus variantes es una de las principales consecuencias que sufren las mujeres. A pesar de dicha realidad científica, se estima que tales estudios no ofrecen descripciones acerca de la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados por esta población con relación al padecimiento de sus síntomas somáticos, cognitivos y conductuales, configurándose este como el aporte que el presente estudio le da a la línea investigativa existente.

Así mismo, teniendo en cuenta que los síntomas conductuales y somáticos de la ansiedad son más fáciles de detectar con relación a los criterios de los trastornos de ansiedad específicos, se

estima que la presente investigación posibilite la generación de literatura científica e informativa capaz de sensibilizar a las mujeres barranquilleras acerca de la auto-identificación de éstos síntomas que les dé indicios acerca de la presencia de una posible ansiedad como producto de violencia doméstica, facilitando las actitudes de detección temprana, búsqueda de ayuda, denuncia y escape en ésta población.

A su vez, el impacto social positivo del presente estudio se representa en los datos prácticos que ofrece y en la utilidad de los mismos, puesto que diversas instituciones locales, nacionales e internacionales tanto públicas como privadas que luchan contra esta problemática tendrán acceso a una caracterización de la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados por esta población que pueda ser utilizado tanto para la sensibilización social frente a la problemática como para el establecimiento de programas orientados a la reducción de los niveles de ansiedad en víctimas de violencia doméstica en función de la extinción de los síntomas somáticos y conductuales que dicho trastorno representa, iniciando acciones interdisciplinarias que disminuyan la incidencia del maltrato contra la mujer y sus efectos. Este fin es consecuente con los objetivos de leyes pioneras en la lucha contra la violencia doméstica como la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género de España, la cual en su capítulo 2º hace referencia a la necesidad y deber civil de fortalecer los mecanismos de sensibilización ciudadana de prevención y atención de la violencia doméstica mediante la dotación a los poderes públicos de instrumentos efectivos a nivel educativo, social, sanitario, publicitario y mediático (Jefatura del Estado de España, 2004).

La utilidad metodológica de esta investigación es significativa ya que propicia la retroalimentación entre aquellos investigadores y profesionales de la psicología interesados en el abordaje e intervención de la problemática y que deseen darle continuidad a la misma a partir de

datos ofrecidos a través del presente estudio para la creación modelos psicoterapéuticos enfocados en la reducción de los niveles de ansiedad experimentados por las mujeres víctimas de violencia doméstica.

A través de las Entrevistas de Indagación Externa (Anexo No.3) se constató que las instituciones que reportan los casos que conforman la muestra, no poseen fuentes científicas e investigativas que determinen las implicaciones de la problemática de la Violencia Doméstica contra la Mujer en la salud mental de sus víctimas y carecen de protocolos de Diagnóstico y Tratamiento de la Ansiedad experimentada por ésta población, por lo que el presente estudio fortalece el trabajo realizado por parte de dichos órganos locales de atención a la mujer maltratada en su entorno familiar, ya que les sirve como investigación de referencia para la creación programas de detección e intervención de la consecuencia psicológica estudiada.

Asimismo el presente proyecto de grado es consecuente con la misión institucional de la Universidad de la Costa – CUC, ya que favorece el desarrollo de la ciencia, la técnica y la cultura con relación a la temática abordada. Asimismo, aporta a la misión de la facultad de psicología puesto que abre el camino de la investigación sobre los efectos que la violencia de género a nivel intrafamiliar tiene sobre la salud mental de la mujer, contribuyendo a mediano y largo plazo a la generación de desarrollo sostenible y humano de ésta población.

1.3 Objetivos.

❖ Objetivo General:

Describir la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados por mujeres víctimas de violencia doméstica reportadas por las instituciones Comisaría Cuarta de Familia, Fundación TEKNOS y Fundación CEDESOCIAL.

❖ **Objetivos Específicos:**

1. Describir la distribución demográfica de 37 casos de mujeres víctimas de violencia doméstica reportadas por las instituciones Comisaría Cuarta de Familia, Fundación TEKNOS y Fundación CEDESOCIAL.

2. Determinar la prevalencia en frecuencia y porcentaje de los niveles de Ansiedad encontrados en la totalidad de la muestra.

3. Identificar la prevalencia en frecuencia y porcentaje de los niveles de Ansiedad experimentados por la muestra según los siguientes Indicadores Demográficos y Criterios de Inclusión: Institución que Reporta los casos de Violencia Doméstica contra la Mujer, Etapa del Ciclo Vital, Estrato Socioeconómico, Nivel Educativo, Ocupación y Modalidad de Violencia.

2. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Tal como se estableció en el planteamiento del problema, la ansiedad figura como una consecuencia de la violencia contra la mujer a nivel intrafamiliar. En este apartado se citan algunas investigaciones que demuestran la relación directa entre la variable psicológica de la ansiedad y la violencia doméstica.

❖ En un estudio, Amor et. al. (2001) estima que el 46% del total de las mujeres participantes de la investigación, presenta el cuadro clínico, y existe un 16% adicional dentro de

la muestra que presentan el subsíndrome de estrés postraumático, denominado así por Hickling y Blanchard (1992) (es decir, dos de los tres criterios diagnósticos: reexperimentación más evitación o hiperactivación). Según estos hallazgos, únicamente un 38% de las mujeres maltratadas no presenta sintomatología clínicamente relevante al TEPT (Amor, Pedro; Echeburúa, Enrique; De Corral, Paz; Sarasua, Belén y Zubizarreta, Irene, 2001). De forma General, las víctimas de maltrato estudiadas presentan un nivel muy elevado de síntomas psicopatológicos, y con respecto a la ansiedad, el 83% de la muestra total supera el percentil 75. La depresión también se configura como un trastorno presente en las mujeres maltratadas analizadas en este estudio: el 50,5% de las mujeres en el *BDI* y el 67,5% en el *HRS* superan los puntos de corte establecidos, por lo que, entre la mitad y los dos tercios de las mujeres estudiadas presentan depresión media o grave. Con relación al grado de autoestima de las víctimas, se encuentra que el 56% de ellas están por debajo del punto de corte de la población normal. El estudio a su vez informa que el 71% de las víctimas presenta un nivel muy alto de inadaptación, lo cual interfiere en el funcionamiento cotidiano de estas personas (Amor, Echeburúa, De Corral, Sarasua, Zubizarreta, 2001. Págs. 175 - 177).

❖ En España, un estudio del Instituto de la Mujer señala que las secuelas a nivel somático que con mayor frecuencia sufren las mujeres maltratadas son los dolores de espalda o articulaciones, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, ansiedad o angustia, y dolores de cabeza (Alonso, 2007. Pág. 67).

❖ Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud OMS (1998) afirma que las mujeres que experimentan malos tratos tendrían entre 4 y 6 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquellas que no lo sufren. En España se estima que el 60% de las víctimas de este tipo de violencia sufre problemas psicológicos (Llorente, 2001). En el estudio de

Street y Arias (2001) se puede observar que la violencia psicológica es un predictor más potente del TEPT que la violencia física en mujeres maltratadas. En este sentido, en un estudio llevado a cabo por Polo (2001) con mujeres que acudían a los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se detectó que la tasa de prevalencia de maltrato psicológico en pacientes ambulatorias era de un 75.9% y de maltrato físico un 258.1% (Alonso, 2007. Pág. 70).

❖ Según el estudio de Gleason (1993) la fobia, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático serían los trastornos de ansiedad que con mayor frecuencia aparecen en mujeres víctimas de violencia doméstica. Fobia específica: 80% mujeres maltratadas en casa acogida y 63% mujeres maltratadas en sus casas, frente a un 15% de mujeres no maltratadas. Agorafobia: 30% mujeres malt. casa acogida, 28% mujeres viviendo en sus casas, frente a un 8% de la muestra epidemiológica. Ansiedad generalizada: 38% en mujeres de refugio, 47% víctimas q vivían en sus casas, 6% mujeres de la muestra (Alonso, 2007. Pág. 75).

❖ La depresión, junto con el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas que con más frecuencia se han estudiado en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja (Walker, 1999, Dutton, 1993). Según Zubizarreta y col. (1994) ciertas características asociadas a las situaciones de maltrato se pueden considerar como buenas predictoras de la aparición de este trastorno como, por ejemplo, las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social que sufren las víctimas de tales situaciones (Patrón, Corbalán, Limiñana, 2007. Págs. 120 - 122).

❖ Autores como Janoff-Bulman (1985) o Randa, Clements, Engelstatter y Clark (2003) señalaron que una mayor tendencia hacia la culpabilidad, entendida ésta como rasgo caracterológico, aparecía como un predictor significativo de la depresión y la ansiedad en las mujeres víctimas de maltrato. Sharhabani, Arzy, Amir y Swisa (2005) también centraron su interés en las relaciones entre personalidad y secuelas psicológicas del maltrato en las mujeres, estudiando la asociación entre la intensidad del trastorno de estrés postraumático y los estilos de personalidad autocrítico (tendencia a la preocupación y autodevaluación sobre aspectos asociados a la autoestima, fracaso o culpa) y dependiente (tendencia a depender de otros, miedo al abandono y tendencia a la indefensión) según el modelo de estilos de personalidad de Blatt (1990). Los autores del presente trabajo han realizado diversos estudios previos sobre las relaciones entre distintas medidas de sintomatología psicológica en mujeres maltratadas (estrés postraumático, depresión y ansiedad) y características de personalidad utilizando el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (1994) (Patrón, Corbalán, Limiñana, 2007. Págs. 120 - 122).

❖ En adición, el Trastorno de Estrés Postraumático, por ejemplo, descrito en el Manual Diagnóstico DSM-IV, y los mecanismos que actúan en el desarrollo de éste proceso en el caso de la mujer maltratada han sido objeto exclusivo de algunos trabajos. Este trastorno engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que aparecen tras la experimentación de un acontecimiento traumático, como es un episodio de maltratos dentro de la pareja. Así mismo, una investigación realizada para analizar la violencia de género a nivel doméstico como factor de riesgo para diferentes trastornos mentales, arrojó que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático de mujeres maltratadas oscilaba entre un 31 y un 84% en los 11 estudios analizados (Golding, JM. 1999). En diversos estudios revisados, la frecuencia de síntomas de ansiedad entre las mujeres maltratadas oscila entre el 16.4 y el 54.4% (Plazaola-Castaño, Ruiz, 2004).

❖ En concreto, el trastorno de estrés postraumático aparece en 2 de cada 3 mujeres víctimas de agresión sexual y en 1 de cada 2 víctimas de violencia doméstica (Amor et al., 2001b.). La tasa de prevalencia de este cuadro clínico en mujeres violadas parece depender de la inmediatez del suceso traumático. En este sentido, en víctimas no recientes de agresión sexual, Amor et al. (2001b) han encontrado una tasa de prevalencia que se sitúa en un 61%, porcentaje que aumenta considerablemente en víctimas recientes (20%) (Alonso, 2004).

❖ Amor et al. (2002) hallaron en una muestra de 212 víctimas que un 46% de ellas cumplía criterios para el diagnóstico de TEPT. Parece que la tasa de prevalencia de este cuadro clínico depende entre otros factores, de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas. Así pues, el TEPT afecta a un 54% de las víctimas que han recibido maltrato sexual frente a un 42% de las aquéllas sometidas a violencia doméstica, pero que no han sufrido este tipo de vejaciones (Amor et al., 2001.).

❖ El 100% de las mujeres mexicanas y españolas víctimas de maltrato doméstico presentaron sintomatología propia de la ansiedad antes del inicio del programa de tratamiento del TEPT, lo cual fue evidenciado a partir de los resultados del BAI. (Alonso, 2007).

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Teorías explicativas de la Violencia Doméstica

Considerando que el objetivo principal de la presente investigación es indagar la prevalencia de la ansiedad experimentada por mujeres víctimas de violencia doméstica, se citan a continuación algunas teorías que pueden explicar la problemática de la violencia de género a nivel intrafamiliar, es decir, el epicentro en el cual se desenvuelven las participantes de la muestra.

3.1.1 Componente explicativo de la Teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson en el estudio de la mujer en situación de violencia doméstica. (Etapa de Intimidad Vs. Aislamiento)

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson expone los siguientes principios:

❖ **Diferencias individuales:** las fortalezas del yo son diferentes en cada individuo. Los hombres y las mujeres se constituyen como seres diferenciados gracias a sus diferencias biológicas.

❖ **Adaptación y ajuste:** Un yo fuerte es fundamental para la salud mental. Su estructuración parte de una óptima resolución de las ocho etapas del desarrollo del yo, en donde las fortalezas positivas del yo están por encima del polo negativo.

❖ **Procesos cognoscitivos:** El inconsciente es un elemento definitorio en la personalidad. Los modos biológicos influyen la experiencia y se expresan a nivel simbólico y a través del juego.

❖ **Sociedad:** La sociedad forma el desarrollo de los individuos. Las fortalezas del yo son influidas por las instituciones culturales como la religión.

❖ **Influencias biológicas:** La personalidad es determinada en gran parte por los factores biológicos. El aparato genital determina las diferencias de sexo en la personalidad.

❖ **Desarrollo del niño:** Los niños se desarrollan a lo largo de cuatro etapas psicosociales en las que una fortaleza del yo debe desarrollarse para superar la crisis experimentada.

❖ **Desarrollo del adulto:** Los adolescentes y los adultos se desarrollan a través de cuatro etapas psicosociales en las que una fortaleza del yo debe desarrollarse para superar la crisis experimentada.

Asimismo, Erikson afirma en su teoría que las relaciones sociales entre individuos, junto con sus características biológicas, moldean las fortalezas del yo que permiten o no la superación de las crisis que se viven en cada una de las etapas del desarrollo psicosexual. (Cloninger, Susan, 2003). Con base a esta premisa se entiende que una mujer se adapta de forma óptima en su medio social si es capaz de cumplir de forma satisfactoria cada una de las etapas que enfrenta durante su ciclo vital.

Haciendo énfasis en la sexta etapa del desarrollo psicosexual de Intimidad Vs. Aislamiento, la cual se refiere a la “capacidad de fusión psicológica con otra persona, ya sea un amigo o amante, asegurando que la identidad individual no será destruida por la unión” (Erikson, 1959 Pág.), y teniendo en cuenta los postulados de Sarasúa y Zubizarreta sobre la tipología de la violencia psicológica contra la mujer en el contexto familiar que afirma que: a) la violencia doméstica genera limitaciones en las conductas de independencia de la mujer concebidas como conductas restrictivas de aislamiento (familiar, social, retención en el hogar) y de control del dinero (impedir el acceso tanto al patrimonio familiar como al mercado laboral); b) Estos actos de violencia psicológica se basan en una actitud de intimidación por parte del victimario que agrupa amenazas (quitar la custodia de los hijos, maltrato a los hijos, expulsión de la casa), gestos y posturas amenazantes, maltrato o muerte de animales domésticos y destrucción de las propiedades de la víctima y c) a esta actitud abusiva del victimario se le suman la desvalorización (representada en indiferencia, desprecio, reproches, rechazo e insultos) y la culpabilización (cuando el agresor culpa a la víctima de los hechos violentos). (Sarasúa y Zubizarreta, 2000), se infiere que una mujer víctima de violencia doméstica es incapaz de lograr la intimidad para adaptarse adecuadamente a su medio social debido a que no posee o tiene en demérito sus fuerzas del yo gracias a los abusos psicológicos a los que ha sido sometida.

Se infiere que las mujeres víctimas de violencia doméstica experimentan un distanciamiento que Erikson denomina como la respuesta contraria a la intimidad, la cual se traduce a “la prontitud para repudiar, aislar, y, si es necesario, destruir aquellas fuerzas y gente cuya esencia parece peligrosa para la de uno mismo” (Erikson, págs. 95-95).

Lo curioso desde esta perspectiva es que en la mayoría de los casos las mujeres maltratadas, a pesar de tener una intimidad deteriorada con la pareja o familiar y sientan repudio por su(s)

agresor(es), continúan siendo parte del ciclo vicioso de la violencia al parecer debido al establecimiento del código patriarcal y la dimensión ideológica de la violencia de género con sus justificaciones, ambos factores que participan como elementos que mantienen su victimización. (Francisca Expósito, Miguel Moya).

3.1.2 Relaciones entre la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura y la Violencia doméstica contra la mujer.

La violencia de posee una base cultural puesto que se refiere a patrones y concepciones compartidas por un grupo social (Heath, 2001). Ciertas teorías socioculturales afirman que este tipo de violencia deriva de estructuras sociales específicas en las que se incluyen sus sistemas, instituciones creencias y conductas compartidas en dicho sistema sociocultural (Gelles y Strauss, 1979). Se estima que el fenómeno sociocultural de la violencia doméstica contra la mujer deriva de estructuras sociales que colocan a la mujer en una posición de inferioridad reforzada por los estereotipos aprendidos en la familia y la sociedad en general, lo que visualiza un componente de aprendizaje social que explica la ejecución (por parte del victimario) de conductas de maltrato físico, sexual y/o psicológico que caracterizan la problemática abordada.

Así, “Albert Bandura y otros investigadores han demostrado que las personas aprenden nuevas conductas al observar a otras en el contexto de una situación social y, a continuación, imitar su comportamiento” (Hellriegel y Slocum, 2009 Pág.116). Específicamente la teoría del aprendizaje social afirma que la adquisición del conocimiento se realiza a través del procesamiento mental de la información a través de la observación e imitación de los otros. De esta manera, la teoría enfatiza en el hecho de que los seres humanos aprenden en un su

interacción con otros individuos y dicho aprendizaje se basa en los razonamientos que determinan la toma de decisiones.

La teoría de Bandura permite explicar por qué algunos hombres o familiares de las mujeres víctimas de violencia doméstica ejecutan conductas de maltrato ya que existe la probabilidad de que estos comportamientos hayan sido aprendidos dentro del hogar debido a las imágenes mentales almacenadas de la violencia observada en el núcleo familiar o fuera de casa. Así, es posible encontrar que algunos victimarios reproduzcan las conductas de abuso sexual, físico o psicológico a partir de lo experimentado socialmente puesto que “las personas que observan los comportamientos de otros a menudo aprenden más rápido que aquellas que no lo hacen” (Hellriegel y Slocum, 2009).

A continuación se presentan algunos de los constructos que derivan de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1997) y las relaciones que estos poseen con la violencia doméstica contra la mujer:

1) Simbolización: se refiere al ejercicio de visualizar las experiencias y hacer uso de sus recuerdos para regir el comportamiento. Por ejemplo, el hijo observa en su hogar conductas de violencia de su padre hacia su madre e interioriza esas experiencias, las cuales determinará el trato que le dará a su futura pareja.

2) Premeditación: se concibe a partir de la anticipación y planeación del comportamiento y acciones. Por ejemplo, cuando un familiar imagina y planifica las conductas que deberá ejecutar para someter psicológicamente a una mujer.

3) **Aprendizaje vicario:** se refiere al hecho de observar el comportamiento de otras personas y sus consecuencias. Por ejemplo, cuando la hija observa que la conducta sumisa de su madre ayuda a mantener el matrimonio.

3.1.3 Teorías psicosociales sobre género en el marco de la violencia doméstica

❖ **Estereotipos de género:**

Los estereotipos de género se refieren a una serie de creencias compartidas por una cultura sobre las características que poseen los hombres y las mujeres, las cuales contienen rasgos (racionalidad, p. ej.), roles (cuidado de los hijos, p. ej.), ocupaciones (secretaria, abogado, p. ej.), características físicas (fuerza, debilidad, p. ej.) y orientación sexual (atracción hacia el sexo opuesto) (Expósito & Moya, 2005). Algunos estudios afirman que existe una tendencia a que las personas creen que mujeres y hombres se diferencian entre sí en dos dimensiones específicas denominadas por algunos investigadores como competencia (característica de los hombres) y sociabilidad (propias de las mujeres) (Glick y Fiske, 1999) y por otros expertos como instrumentalidad y expresividad (Spence y Helmreich). Asimismo, otros estudios afirman que los hombres responden a los estereotipos de *amantes, atléticos, agresivos y duros*, mientras que las mujeres son vistas como personas que *lloran con facilidad, afectivas, comprensivas y sumisas*. (Lopez y Morales, 1995).

❖ Ideología de género:

Se refiere a las actitudes frente a los roles y responsabilidades que se consideran como apropiados para el género masculino y femenino, así como las concepciones de las relaciones que los hombres y mujeres deben mantener entre sí (Expósito & Moya, 2005). Es de suma importancia diferenciar las dos dimensiones que complementan la ideología de género, también conocida como *ideología de rol sexual o sexismo*:

a) Hostilidad: manifiesta una notoria percepción negativa del género femenino en tres aspectos principales: 1) paternalismo dominante (el hombre debe representar protección y guía para las mujeres puesto que éstas son inferiores y débiles), 2) diferenciación de género competitiva (tanto hombres como mujeres desempeñan tareas, aunque las características diferentes entre ambos determinan que las ejecutadas por los hombres son mejores que las representadas en los roles ejercidos por las mujeres) y 3) hostilidad heterosexual (las mujeres son peligrosas puesto que poseen un poder sexual sobre los hombres) (Glick y Fiske, 1996).

b) Sexismo benevolente: remiten a una serie de actitudes hacia la mujer catalogadas como sexistas puesto que la visión del género femenino se encuentra estereotipada y lo limita a roles específicos. Esta dimensión posee un componente afectivo para el perceptor y genera conductas consideradas pro- sociales como la ayuda y de búsqueda de intimidad como la revelación de uno mismo. Sus tres componentes: 1) paternalismo protector (las mujeres deben ser protegidas por un padre moderno en vez de un padre autoritario), 2) diferenciación de género complementaria (existe diferencia legítima entre hombres y mujeres, aunque el valor que poseen sus roles y responsabilidades son iguales) 3) intimidad heterosexual (los hombres precisan de las mujeres para su felicidad).

❖ **Identidad de género:**

El concepto psicosocial de identidad de género se refiere a la identidad social que derivada de la pertenencia a un grupo, en el cual se establece una relación psicológica entre la persona y las tipologías de género de la sociedad. Esta relación se lleva a cabo tanto a nivel individual como a partir de las percepciones de la sociedad, ya que somos tratados a partir de nuestras pertenencias grupales (Tajfel y Turner, 1986). Con relación a éste hallazgo, ciertos investigadores han encontrado que las personas que pertenecen a grupos catalogados socialmente como inferiores o de bajo estatus, como las mujeres, tienden a ser concebidos y tratados con relación a su grupo de pertenencia, por lo que tienden a auto-percibirse a partir de las características del grupo que conforman mucho más que aquellos que hacen parte de los grupos catalogados como dominantes (Lorenzi-Cioldi, 1988).

3.2 Teorías explicativas de la Ansiedad desde el Paradigma Cognitivo-Conductual

El paradigma utilizado en la presente investigación para el análisis de la variable Ansiedad es el Cognitivo-Conductual. A continuación se realiza una descripción de las teorías que explican dicho constructo psicológico, profundizando en la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y mencionando algunos elementos de las teorías de Spielberger y Hallam.

3.2.1 Teoría cognitiva de la ansiedad de Beck.

La principal deducción de la teoría cognitiva de Beck radica en la existencia de una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información que origina los trastornos

emocionales. Es por ello que en la ansiedad, “la percepción del peligro y la subyacente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones de una infla-valoración de las propias capacidades de enfrentamiento” (Sanz, Jesús. 1993. Pág. 134).

En la ansiedad, cuando el procesamiento de la información se ejecuta de forma distorsionada, se desencadenan ciertos síntomas afectivos, de la conducta, motivacionales y somáticos, los cuales caracterizan este síndrome psicopatológico. Ante este hecho es fundamental reconocer el papel etiológico que tienen los factores genéticos, del desarrollo humano, hormonales, físicos y psicosociales sobre dicho procesamiento sesgado y se determina que independientemente de su causa, éste es una característica propia del síndrome emocional que permite el status quo de los estados psicopatológicos (Sanz, Jesús. 1995).

Aaron Beck en su teoría cognitiva determina que las causas de la mayoría de los trastornos ansiedad son producto de tres factores principales: a) el significado otorgado a ciertas experiencias que deriva de actitudes o creencias disfuncionales y que condicionan la construcción de la realidad; b) la estructura de personalidad del sujeto influye en el tipo de sobrevaloración subjetiva de la importancia que se le otorga a ciertas experiencias y c) la presencia de un estresor a los anteriores elementos; un suceso considerado importante que influye sobre las actitudes disfuncionales del individuo (Sanz, Jesús. 1995).

Asimismo el concepto de esquemas es usado en la teoría cognitiva de la ansiedad como factor explicativo de las actitudes y creencias disfuncionales representadas a nivel mental y que influyen negativamente en el procesamiento de la información. Beck afirma que “los esquemas

son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Clark y Beck, 1988. Pág. 382).

Estos esquemas influyen sobre la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación del ambiente. Los estímulos del entorno que tienen que ver con los esquemas se elaboran y codifican mentalmente, mientras que la información no relacionada es ignorada y olvidada. “Este procesamiento de "arriba-abajo" de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de “economía cognitiva”, por lo que, en el caso de esquemas disfuncionales, el resultado es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad” (Sanz, Jesús. 1995. Pág. 135).

Cuando se activan los esquemas ansiogénicos, cumplen su función de orientar y canalizar el procesamiento de la información debido a su papel de filtros a partir de los cuales es percibida, interpretada y sintetizada la realidad. Estos esquemas operan de tal forma que producen errores sistemáticos del procesamiento de la información, como son: las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobre-generalización, la maximización y minimización, la personalización y los pensamientos dicotómico y absolutista. (Beck et al., 1979; Beck y Emery, 1985).

Las características cognitivas de la ansiedad expuestas a partir de la teoría cognitiva de Beck pueden agruparse de la siguiente manera: “a) Propositiones cognitivas: contenido relacionado con amenazas físicas o psicológicas al dominio personal y con un sentido incrementado de vulnerabilidad ; b) Operaciones cognitivas: selectividad en el procesamiento de indicios de amenaza con una estimación exagerada de la vulnerabilidad y la atención auto-focalizada refleja

los intentos por ganar el control sobre los estímulos externos e internos y c) Productos cognitivos: Las valoraciones negativas son selectivas y específicas a situaciones de miedo, las valoraciones negativas son de naturaleza tentativa, se anticipan posibles sucesos negativos en el futuro (el fenómeno del "qué ocurriría si"), pensamientos que implican amenazas y peligros y los pensamientos automáticos a menudo toman la forma de preguntas acerca del peligro presente y de las posibilidades futuras" (Sanz, Jesús. 1995. Pág. 140).

Con relación al constructo de los pensamientos automáticos, Beck afirma en su teoría que los pacientes ansiosos presentan pensamientos con contenido negativo relacionados a amenazas y peligros. Al analizar la Lista de Cogniciones (Cognition Check List - CCL), es evidente que dicho instrumento está compuesto por preguntas cuyo objetivo es indagar las percepciones que la persona tiene acerca del posible peligro tanto presente como futuro (Sanz, Jesús. 1995).

3.2.2 Modelo Estado-Rasgo de Spielberger.

Spielberger (1966, 1972, 1979) ha propuesto y elaborado un modelo diferente sobre la ansiedad, el cual ha contribuido a la generación de diversos términos y conceptos al vocabulario científico en este tema. La conceptualización de la teoría y modelo Estado-Rasgo evidencia que Spielberger es uno de los pocos teóricos cognitivos que considera a la ansiedad como un rasgo de la personalidad. En esta teoría se considera al estado de ansiedad como emocional y transitorio; la predisposición a experimentar frecuentes estados de ansiedad, es decir, ser propenso a la ansiedad es catalogado como un rasgo de personalidad (ansiedad-rasgo). En este modelo se determina que los estresores externos e internos serán valorados a tal punto de producir o no la ansiedad, y en cierta medida, dicha valoración está en función del propio nivel de ansiedad-rasgo

que posea el individuo. El punto más crítico de éste proceso es el acto de valorar. Los conceptos de la teoría de ansiedad como estado-rasgo han demostrado ser útiles al momento de distinguir las reacciones comunes de ansiedad de la ansiedad frecuente, intensa y recurrente; a pesar de ello, se desconocen las causas de las diferencias individuales para la ansiedad rasgo. (Barlow, 2004).

3.2.3 Teoría de la Ansiedad como Constructo Personal de Hallam.

El enfoque de Hallam (1985) emana de una tradición algo diferente con relación a otras teorías de la ansiedad, pero sigue siendo cognitivo en sus fundamentos epistemológicos. Basando sus conceptos en el trabajo de los constructivistas sociales, Hallam concluye que la ansiedad nunca puede obtener un estatus científico, puesto que es en esencia un constructo multireferencial. La conclusión de Hallan acerca de la ansiedad emerge de la mano con el punto de vista neo-evolutivo de Izard (1977).

En la gran tradición del pensamiento constructivista, Hallam sugiere que la ansiedad (y el pánico) es básicamente una metáfora basada en una construcción de ciertas combinaciones de eventos realizada por un individuo. Dentro de estos eventos pueden incluirse las creencias de un cliente, las habilidades lingüísticas, los propósitos de vida y los comunes problemas de identidad. Lo importante para los constructivistas es encontrar la causa por la cual un individuo pueda llegar a presentar ansiedad.

Hallan afirma que uno de los errores más importantes de las teorías cognitivas sobre ansiedad es la incapacidad de los teóricos de considerar a la ansiedad o el pánico (u otra emoción) como

constructos multireferenciales. Ciertamente Hallan no está negando la existencia de la ansiedad o cualquier trastorno de ansiedad, sino que afirma que existe una variedad de factores biológicos y cognitivos que suelen ser funcionalmente relacionados a la presencia de ansiedad en determinado individuo, y que estos factores difieren en cada individuo y de la etapa del ciclo vital en la que éste se encuentre. Según Hallan, dentro de estos factores pueden citarse tanto antecedentes internos como consecuencias externas que se encuentran funcionalmente relacionados con la presencia de la ansiedad, pero siempre de una manera compleja. Entre estos referentes se encuentran los eventos específicos y contextuales del medio ambiente, la retroalimentación sensorial de los procesos somáticos, autónomos y otros, la conducta abierta y encubierta y las combinaciones de estas clases de referentes, así como los esquemas cognitivos que representan las creencias y atribuciones de causalidad. (Barlow, 2004).

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Violencia de Género

4.1.1 Introducción a la violencia de género

La violencia de género puede entenderse como una problemática social cuyos efectos es posible medirlos a partir de la violación de los derechos humanos de mujeres y niñas por el simple hecho de ser mujer. Esta problemática puede configurarse en varios ámbitos de la cotidianidad de las mujeres como a nivel intrafamiliar, en el lugar de trabajo, en los centros de estudio e inclusive en el ámbito público en el que algunas ocasiones el victimario es el propio Estado. Este flagelo se presenta en todas las sociedades del mundo, independientemente del tipo de sistema educativo, político y socioeconómico que posean y no hace distinciones de raza, etnias, cultura o clase social de referencia (ONU, 1995).

Es clave dejar por sentado que el concepto de violencia de género ha sido desarrollado desde diversos puntos de vista tanto científicos como políticos lo cual ha influido en la concepción que la sociedad tiene respecto del mismo, por lo cual es de suma importancia aclarar la especificidad de ésta problemática para comprender sus definiciones. El Gobierno de España por ejemplo, en el marco de la lucha legal de ese país contra la violencia de género, elabora una Ley denominada inicialmente como “ley sobre violencia de género” la cual después cambia a “ley de violencia contra la mujer” y finalmente vuelve a su nombre inicial (Alonso, 2007).

A pesar de que el término “género” engloba tanto a la mujer como al hombre, se asume que la violencia de género es mayormente sufrida por las mujeres y con base en esta realidad se ha elaborado la presente investigación y su marco teórico, reconociendo a la esfera intrafamiliar como uno de los ámbitos en los que se presenta este tipo de violencia. Por su parte, en Colombia el término utilizado en el marco de la Ley 1257 del 2008 es “Violencia y Discriminación contra la mujer” (Congreso de la Rep., 2008).

A lo largo del presente marco teórico se exponen: a) definiciones y declaraciones de algunas organizaciones internacionales sobre la temática b) posturas de diversos expertos en el estudio de la violencia de género en general y la violencia doméstica contra la mujer en particular; c) teorías del Aprendizaje Social de Albert Bandura y Teoría psicosocial de Erik Erikson como referencias que posibilitan la explicación de la violencia doméstica contra la mujer y d) los constructos psicosociales de Ideología de Género, Identidad de Género y Estereotipos de Género en el marco del estudio de la violencia doméstica.

4.1.2 Definiciones políticas y características conceptuales de la violencia de género

Debido a la relevancia social de la problemática estudiada, la conceptualización de la violencia de género se ha elaborado inicialmente por parte de los órganos internacionales que la han definido. La violencia de género puede entenderse como “todo acto de violencia que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (ONU, 1995).

Algunos estudios sobre la temática afirman que “la característica principal de la violencia de género radica en la necesidad de los hombres de controlar a las mujeres a través de un sistema social denominado patriarcado” (Expósito & Moya, 2005). Con relación a esta inferencia, la declaración de las Naciones Unidas de Beijing en el año 1995 afirmó que la violencia de género “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y las mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación de la mujer y a la interposición de obstáculos contra el pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad” (ONU, 1995).

A continuación se enumeran algunas posturas de autores con relación a las características que posee la violencia de género en sus diversas manifestaciones (violencia doméstica, acoso sexual, prostitución, agresiones sexuales) y en sus diferentes esferas (el hogar, el trabajo, la vida pública y la sociedad):

- 1) La violencia de género es un fenómeno más social que individual que se presenta a nivel estructural puesto que “se deriva de la desigualdad entre hombres y mujeres y se utiliza para mantener a las mujeres en situación de inferioridad; reduce la participación de las mujeres en todos los aspectos de la vida, inhibiendo sus capacidades y creando miedo (violencia simbólica) y produce efectos adversos que no hacen sino contribuir a mantenerlas en situación de inferioridad (socava su confianza, reduce autoestima, limita sus derechos, restringe su movilidad, las sobrecarga de responsabilidades, etc.). El carácter estructural de la violencia de género queda

de manifiesto en el hecho de que no es un fenómeno aislado ni característico de determinadas relaciones sino algo vinculado a las normas básicas de la sociedad y a los modelos de comportamiento que se han asignado a cada género. Obviamente es un fenómeno individual porque son mujeres concretas las que son agredidas por hombres concretos, pero es un fenómeno estructural en el sentido de que la sociedad en cierto modo es la causa de ese comportamiento”. (Francisca Expósito, Miguel Moya Pág.).

2) “La violencia de género suele concretarse en agresiones individuales entre personas que tienen una relación personal estrecha e íntima. Así, la mayoría de las agresiones sexuales se dan entre personas conocidas o que mantienen una relación familiar, de la misma manera que como su propio nombre indica, la violencia doméstica ocurre en los límites del hogar”. (Francisca Expósito, Miguel Moya Pág.).

3) La violencia de género es producto de la desigualdad de poder existente entre hombres y mujeres. Algunas investigaciones corroboran que éste tipo de violencia está relacionada con las creencias culturales a partir de las cuales la mujer es considerada como inferior con relación al hombre (Saltzman, 1992). Asimismo, esta posición ideológica afirma que es posible el uso de la fuerza para imponer la autoridad sobre la mujer, manteniéndose la concepción de superioridad de las particularidades masculinas como la fuerza y agresividad evidentes en los hombres en el momento en que su masculinidad se vea vulnerada (Morilla, 2001).

4) La dimensión ideológica está incluida de forma significativa dentro de la problemática de la violencia de género puesto que al no considerarla resulta complicado comprender las razones por las cuales una mujer justifica y/o aguanta las agresiones de su victimario. Algunos autores afirman que “el código patriarcal no sólo afecta a los hombres, sino que también a las mujeres, con creencias del tipo “qué diría mi madre”, “qué van a pensar de mí” “es reconocer que he

fracasado como mujer”, “y ahora yo qué hago”, etc. Dado que el valor de la mujer deriva de sus roles de esposa y madre, todo lo que suponga reconocer el fracaso de estos roles es probable que tienda a ser evitado” (Francisca Expósito, Miguel Moya).

1) “La violencia de género la violencia de género englobaría todas las formas de violencia que se dirigen contra las mujeres como consecuencia de su condición de género, con el objeto de mantener o incrementar la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre ellas. Ejemplos de este tipo de violencia serían todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral, etc.), el acoso e intimidación sexual, las violaciones, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, a manos de una figura masculina, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte”. (Alonso, Edurne. 2007 Pág.).

4.1.3 Violencia de género a nivel doméstico.

Definir la violencia de género a nivel doméstico es un ejercicio complejo debido a la magnitud del problema y a la significativa extensión de su teorización y conceptualización. La violencia de género a nivel intrafamiliar se relaciona con diversos términos que han sido añadidos al estudio de esta problemática como son: “domesticviolence”, “violenceagainstwomen”, “intimatepartnerviolence (IPV)”, “marital violence”, “batteredwomen”, “familyviolence”, “wifeassault” o “wife abuse”, entre otros. Dentro de estas definiciones que suponen diversas posturas con relación a las causas, efectos e implicaciones generales de este tipo de violencia, se identifica el constructo de *violencia intrafamiliar*, el cual

a “todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares. Incluye formas de violencia muy distintas en sus manifestaciones y características, como el abuso de un menor por parte de sus familiares, la violencia relacionada con la dote o la mutilación genital, el maltrato de un hermano a otro, etc. Serían los niños/as (maltrato infantil), las personas mayores (maltrato a ancianos) y las mujeres los grupos más vulnerables a este tipo de violencia”. (Alonso, Edurne. 2007 Pág.).

Asimismo, específicamente la violencia doméstica “se circunscribe a aquella violencia cometida entre personas que comparten el mismo domicilio, estén unidas o no por una relación de parentesco. Sin embargo, al hablar de violencia doméstica no se alude únicamente al maltrato que ocurre en el espacio *privado e íntimo* del hogar, sino que se entiende por espacio doméstico al delimitado por las interacciones en contextos privados. Esta última matización es aplicable también a lo que se entiende por **violencia conyugal**, que, aunque parece estar referida exclusivamente al maltrato que tiene lugar entre personas unidas en matrimonio, alude, en realidad, a todo tipo de abuso ejercido entre personas que mantienen una relación sentimental, independientemente del grado de compromiso contraído y de la existencia o no de convivencia”. (Alonso, Edurne. 2007 Pág.).

Se hace fundamental aclarar que la utilización de términos como violencia familiar, violencia doméstica o conyugal genera una omisión específicamente del género de los individuos implicados, sin embargo es necesario destacar que a pesar de que el término violencia doméstica no deja por sentado el género del victimario o de la víctima, es un hecho de que en una proporción mayor son las mujeres las principales víctimas de éste fenómeno. Diversas investigaciones comprueban que aunque en países industrializados las mujeres ejecutan acciones de violencia, principalmente a nivel psicológico, existen pocos indicios de que éstas violenten a los hombres con la misma intensidad y regularidad con la que son agredidas las víctimas de

violencia doméstica pertenecientes a grupos clínicos de mujeres golpeadas (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

Por su parte, el “*Estudio sobre las Medidas Adoptadas por los Estados Miembros de la Unión Europea para Luchar contra la Violencia hacia las Mujeres*”, que fue desarrollado mientras la presidencia de la Unión Europea fue ejercida por el País Vasco, define a la violencia doméstica como “aquel tipo de violencia, ya sea física, sexual y/o psicológica -en este último caso se debe producir de manera reiterada- ejercida sobre la/el cónyuge o persona ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del núcleo de convivencia” (Instituto de la Mujer [Díaz-Aguado, M.J. y Martínez Arias, R.], 2002a, p.12).

La violencia doméstica asimismo puede ser definida como un patrón de conductas de abuso que incluyen un sustancial rango de agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas y que se ejerce por una individuo en contra de otro, en la esfera de una relación íntima, con la meta de ganar o perpetuar el abuso de poder, control y autoridad sobre el agredido. (Walker, 1999).

Otros autores puntualizan en los elementos mínimos a través de los cuales pueden identificarse casos de violencia doméstica: a) Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica; b) Violencia ejercida por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja, novio o ex-novio, o por cualquier otra persona con quien la víctima esté o haya estado unida por una relación de intimidad; c) Violencia ejercida con el objetivo de controlar y dominar las conductas de la víctima y d) Violencia reiterada en el caso de maltrato de tipo psicológico (Alonso, Edurne, 2007).

4.1.4 Modalidades de la Violencia Doméstica contra la Mujer.

A partir de las anteriores posturas se determina que la característica principal de la violencia de género a nivel intrafamiliar es la relación de dominio-sumisión en la que el hombre ejerce control sobre la mujer a través de:

❖ **Maltrato físico:** hace referencia a cualquier acto por parte del maltratador, que involucre la utilización de la fuerza física para agredir intencionalmente el organismo de otro individuo, exponiéndole a un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, independientemente de los resultados de dicha conducta (Edurne, & Alonso, 2007).

El maltrato físico puede configurarse por acto o por omisión en donde la primera se refiere a una agresión física que incluya diversas conductas de abuso como empujones y zarandeos, heridas, quemaduras, fracturas, pudiendo llegar inclusive al homicidio. Con relación a la violencia física por omisión representada en la tipología de la violencia que hace la OMS, se define como negligencia o privación, es decir, aquellos casos en los que el victimario priva a su víctima de los cuidados necesarios para el tratamiento de su enfermedad o cuando éste no protege a la agredida de situaciones que representan riesgo para su integridad física (Edurne, Alonso). Este tipo de maltrato es la manifestación más evidente de violencia de género a nivel doméstico y debido a su fácil detección tiende a ser al que se le da más importancia en los ámbitos personal, social y legal (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

❖ **Maltrato sexual:** hace referencia a “la imposición forzada de relaciones sexuales o conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por la víctima. Este tipo de violencia podría incorporarse dentro de la violencia física, pero se diferencia en la connotación de

intimidad de este tipo de conductas” (Alonso, Edurne, 2007). Con frecuencia este tipo de maltrato tiende a ser minimizado por las víctimas debido a la creencia de que sus agresores tienen necesidades que deben ser satisfechas cómodamente y en un lugar seguro (Torres y Espada, 1996). Estos hechos parecen dar respuesta al bajo índice de denuncia de casos de maltrato sexual por parte de sus víctimas, las que en algunas ocasiones piensan que a pesar de ser indeseable, es una obligación satisfacer este tipo de manifestaciones agresivas. (Alonso, Edurne, 2007 Pág.).

❖ **Maltrato psicológico:** “se refiere a cualquier conducta verbal o no verbal, activa o pasiva, que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y/o desvalorización. Este tipo de maltrato se caracteriza por frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc.), conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos o destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras) y por último, culpabilización y responsabilización a la víctima de los episodios violentos”. (Alonso, Edurne, 2007 Pág).

❖ **Maltrato social e maltrato económico:** se consideran como categorías distintas en las que se entiende: a) maltrato social: aislamiento de la víctima de su entorno social, por medio del control de las relaciones familiares y de amistad y b) maltrato económico: control total de los recursos materiales compartidos (dinero, patrimonios, valores). A pesar de ello, se consideran a ambos como subcategorías del maltrato a nivel psicológico, puesto que estas formas de violencia tienen el objeto de controlar a la mujer a través de la generación de un fuerte sentimiento de inferioridad y desprotección. (Sarausa y Zubizarreta, 2000).

4.2 Ansiedad

4.2.1 Historia de los trastornos de ansiedad

Alrededor del siglo XVIII el término ansiedad es incorporado al lenguaje médico de los trastornos mentales por parte de Johann Reil en el año 1808. De igual manera, el término *ansiedad* hacía posible la distinción entre los modos de afrontamiento de situaciones vitales como las dificultades económicas y los fracasos sentimentales, ya que esta hacía referencia al carácter excesivo de reacción a dichos sucesos frente a aquellas personas que reaccionaban de forma “normal”. (Stone, Michael. 2002).

Para el año 1752 el médico Bossier de Sauvages, sin hablar de *ansiedad* como tal, hace referencia al término de *panofobia* expresado como un estado generalizado de ansiedad en el que se presentan síntomas como el terror o pavor nocturno, agitación intensa en el cuerpo, insomnio o sensaciones de terror derivadas de la “imaginación”. Para ésta época, la ansiedad era estudiada desde una perspectiva estrictamente médica, ya que los trastornos mentales radicaban en la expresión somática de los nervios del cuerpo humano (Stone, Michael. 2002). Un ejemplo de ello es la aportación de William Cullen (1710-1790), quien añade el término *neurosis*, definiéndola como “todas las afecciones preternaturales de los sentidos y del movimiento, que se manifiestan sin fiebre, y todas aquellas... que dependen de una afección más general del sistema nervioso” (Cullen, 1807, pág. 387).

Para el siglo XIX, específicamente en el año 1831, el término ansiedad de la mente aparece gracias al médico inglés Charles Thackrah y fue en el año 1850 cuando el alemán

DriedrichBeneke argumenta que existen ideas o actitudes de la mente que podrían referirse a reacciones psicósomáticas de la ansiedad como tal. Otros autores fueron más específicos en sus producciones científicas, tal como Esquirol, quien en el año 1839 hace una descripción detallada de lo que hoy se denomina como trastorno obsesivo compulsivo – TOC (Stone, Michael. 2002). Así, en el año 1895 Sigmund Freud publica un artículo en el que hace referencia a la neurosis de ansiedad, atribuyendo el origen de éste concepto a EwaldHecker. Sin embargo, sólo Freud consiguió diferenciar entre la neurosis de ansiedad y la neurastenia, estableciendo las principales características del cuadro de ansiedad: a) irritabilidad general; b) expectación ansiosa; c) ansiedad que acecha constantemente; d) crisis rudimentarias de ansiedad; e) despertar nocturno con terror; f) vértigo; g) fobias específicas; h) alteraciones digestivas; i) parestesias y j) estados crónicos (Freud, 1895/1962).

En los inicios del siglo XX sobresalen los trabajos sobre ansiedad de dos autores en particular. En el año 1911 Ribot distingue en sus investigaciones entre el trastorno da ansiedad generalizada y las fobias específicas ante ciertos animales o cosa. Por su parte Skinner (1938) argumenta que la ansiedad puede definirse como una expresión de la respuesta que se condiciona a experiencias temidas (Stone, Michael. 2002).

4.2.2 Los trastornos de ansiedad

Como se ha expresado, el objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad propuestos por Beck en un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica. A pesar de que la presente investigación no estudia los trastornos particulares de la ansiedad o su relación con la violencia doméstica en concreto, es fundamental citar lo trastornos de ansiedad actualmente tipificados por la American PsychiatricAssosiation, específicamente

aquellos que según ciertas investigaciones, son los frecuentemente padecidos las mujeres víctimas de violencia de doméstica. La finalidad de éste aparte es ilustrar algunas posturas conceptuales frente a los trastornos de ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, angustia y agorafobia y estrés postraumático, puesto que la presencia de sus síntomas en mujeres violentadas en el contexto intrafamiliar, puede facilitar el ulterior diagnóstico de alguno de éstos.

❖ **Trastorno de ansiedad generalizada:** “ansiedad y preocupación excesivas e incontrolables durante, al menos 6 meses, acompañadas de síntomas somáticos como inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño o dificultades para la concentración. Los criterios de los síntomas somáticos se han simplificado y el énfasis se ha desplazado a la naturaleza omnipresente e incontrolable de la preocupación. La ansiedad empeora el rendimiento y no está limitada a otro trastorno del eje I o producida por el consumo de sustancias o alguna enfermedad médica. Al evaluar la naturaleza exagerada de la preocupación hay que poner énfasis en el contexto sociocultural, que comprende la edad y el sexo de la persona” (Papp y Kleber. 2002. Pág. 134).

❖ **Trastorno obsesivo-compulsivo:** “Al parecer, el sexo femenino se halla ligeramente más afectado por el trastorno obsesivo-compulsivo que el masculino” (Eisen, Rasmussen. 2002 pág. 216). El ensayo de campo del DSM-IV (1994) determina que el 51% de los afectados por este trastorno eran mujeres (Foa y Fozak, 1995). Los síntomas nucleares de éste trastorno se remiten a las compulsiones (comportamientos repetitivos para disminuir la ansiedad) y las obsesiones (pensamientos o imágenes intrusos, molestos e inadecuados) (Eisen, Rasmussen. 2002).

❖ **Trastorno de angustia y agorafobia:** la American Psychiatric Association (2000) define a este trastorno como “una patología frecuente, desagradable y, a menudo, invalidante, por el que

los pacientes experimentan crisis recurrentes e inesperadas de angustia, seguidas durante al menos un mes de inquietudes, persistentes acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis (es decir, ansiedad anticipatoria), preocupaciones por las implicaciones de la crisis o cambios significativos de comportamiento (p. ej., evitación) relacionados con ellas” (Pollack; Smoller; Otto; Scott; Rosenbaum. 2002).

❖ **Trastorno de estrés postraumático:** “el TEPT surge como una respuesta tardía o prolongada a un acontecimiento o situación traumáticos (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente grave o catastrófica que, en general, inducen un malestar general a cualquier persona (p. ej. Desastres naturales o causados por el hombre, combates, accidentes graves, asistencia como testigo a la muerte violenta de otras personas, víctimas de tortura, terrorismo, violación u otras agresiones” (DSM - IV pág. 147).

❖ **Fobia específica:** “en el DSM-IV se define como un temor acusado y persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. El individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o poco razonable, tiene que estar asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temidos. En algunos individuos, la evitación fóbica es mínima, aunque la exposición a la situación produce con toda seguridad niveles intensos de ansiedad. Las fobias específicas se pueden diferenciar de otros trastornos fóbicos basándose en los tipos de situaciones que se evitan así como en las características asociadas al trastorno. El DSM-IV incluye cinco tipos principales de fobia específica: tipo animal, tipo ambiente natural, tipo sangre/inyecciones/sufrir daño, tipo situacional y otros tipos” (Caballo, 2007, págs. 3-5).

Fobias tipo animal: pueden incluir temores a cualquier animal, aunque las más comunes son a las arañas, las serpientes, los insectos, los gatos, los ratones y los pájaros. Estas tienen su inicio comúnmente en la infancia y la edad en la que aparece tiende a ser más temprana en comparación con los otros tipos de fobia.

Fobias al ambiente natural: incluyen miedos a las tormentas, al agua y a las alturas. Estos tipos de fobia son muy frecuentes; de hecho, en los hombres la más frecuente es a las alturas.

Las fobias al sangre/inyecciones/sufrir daño: incluyen los miedos a ver sangre, recibir inyecciones, observar o sufrir procedimientos quirúrgicos y otras situaciones médicas similares. Suelen aparecer en la infancia o al principio de la edad adolescente.

Las fobias tipo situacional: ejemplos típicos incluyen lugares cerrados, conducir, ascensores y aviones. Suelen tener una edad media de aparición en la década de los veinte y tienden a ser más frecuentes en hombres que en mujeres.

❖ **Fobia social:** “la fobia social se define en el DSM-IV (APA, 1994) como <<un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que pueda ser humillante o embarazosa>>” (APA, 1994, p. 416). El sujeto tiene que hacer algo mientras sabe que los demás le estarán observando y, en cierta medida, evaluando su conducta. La característica distintiva de los sujetos con fobia social es el temor al escrutinio por parte de los demás (Heimberg, Dodge y Becker, 1987; Taylor y Arnou, 1998). Generalmente los sujetos con fobia social temen que ese escrutinio sea embarazoso, humillante, les haga aparecer como tontos o

sean evaluados negativamente. Esto es claramente fobia social porque los sujetos no tienen dificultades cuando realizan las mismas tareas en privado. La conducta se deteriora sólo cuando los demás están observando” (Barlow, 1988). El DSM-IV indica también, dentro de los criterios diagnósticos para la fobia social, que la exposición a la situación social temida provoca ansiedad de modo casi invariable en el individuo con fobia social y que éste reconoce que su temor es excesivo y poco razonable” (Caballo, 2007, págs. 25-27).

❖ **Trastorno por pánico:** según el DSMI-IV (American Psychiatric Association), el trastorno por pánico implica básicamente la experiencia de períodos discretos de repentino e intenso temor o malestar (es decir, *pánico*). La experiencia de pánico se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos y cognitivos, que ocurren de forma inesperada (al menos algunas ocasiones) y recurrente, y se distingue de la activación ansiosa que crece gradualmente y de las reacciones fóbicas ante estímulos circunscritos, claramente discernibles. Igualmente, la profunda aprensión sobre los ataques de pánico se desarrolla bajo la forma de una preocupación persistente sobre ataques futuros, preocupación sobre las consecuencias físicas, sociales o mentales de los ataques, o cambios importantes de la conducta en respuesta a los ataques (Caballo, 2007, pág. 113).

5. MARCO LEGAL Y JURÍDICO

5.1 Legislación internacional de la violencia doméstica

❖ **Argentina:** la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales emitida por el Congreso de la Nación Argentina en el año 2009, determina en su artículo 2° el objeto de promover y garantizar: a) la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida; b) el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia; c) las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos; d) el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; e) la remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres; f) el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia y g) la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia. Asimismo en el Artículo 3° (Derechos Protegidos) garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a: a) una vida sin violencia y sin discriminaciones; b) la salud, la educación y la seguridad personal; c) la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial; d) que se respete su dignidad; e) decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

f) la intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento; g) recibir información y asesoramiento adecuado; h) gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad; i) gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley; j) la igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres y k) un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca re-victimización (Congreso de la Nación Argentina, 2009).

❖ **España:** la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género de España, en su artículo 1º determina que el objeto de la misma es actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. Por esta Ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas. La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad. En el Artículo 2º se establecen los Principios rectores de la legislación, sustentando que en esta Ley se articula un conjunto integral de medidas encaminadas a alcanzar los siguientes fines: a) fortalecer las medidas de sensibilización ciudadana de prevención, dotando a los poderes públicos de instrumentos eficaces en el ámbito educativo, servicios sociales, sanitario, publicitario y mediático; b) consagrar derechos de las mujeres víctimas de violencia de género, exigibles ante las Administraciones Públicas, y así asegurar un acceso rápido, transparente y eficaz a los servicios establecidos al efecto; c) reforzar hasta la consecución de los mínimos exigidos por los objetivos de la ley los servicios sociales de información, de atención, de emergencia, de apoyo y de recuperación integral, así como

establecer un sistema para la más eficaz coordinación de los servicios ya existentes a nivel municipal y autonómico; d) garantizar derechos en el ámbito laboral y funcionarial que concilien los requerimientos de la relación laboral y de empleo público con las circunstancias de aquellas trabajadoras o funcionarias que sufran violencia de género; g) garantizar derechos económicos para las mujeres víctimas de violencia de género, con el fin de facilitar su integración social; h) establecer un sistema integral de tutela institucional en el que la Administración General del Estado, a través de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer, en colaboración con el Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer, impulse la creación de políticas públicas dirigidas a ofrecer tutela a las víctimas de la violencia contemplada en la presente Ley; i) fortalecer el marco penal y procesal vigente para asegurar una protección integral, desde las instancias jurisdiccionales, a las víctimas de violencia de género; j) coordinar los recursos e instrumentos de todo tipo de los distintos poderes públicos para asegurar la prevención de los hechos de violencia de género y, en su caso, la sanción adecuada a los culpables de los mismos; k) promover la colaboración y participación de las entidades, asociaciones y organizaciones que desde la sociedad civil actúan contra la violencia de género; l) fomentar la especialización de los colectivos profesionales que intervienen en el proceso de información, atención y protección a las víctimas y m) garantizar el principio de transversalidad de las medidas, de manera que en su aplicación se tengan en cuenta las necesidades y demandas específicas de todas las mujeres víctimas de violencia de género. (Jefatura del Estado de España, 2004).

❖ **México:** la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Artículo 9º determina que la atención especializada que es proporcionada en materia de violencia familiar por cualquier institución, ya sea privada o perteneciente a la Administración Pública del Distrito Federal, será tendiente a la protección de los receptores de tal violencia, así como a la

reeducación respecto a quien la provoque en la familia. Del mismo modo, estará libre de prejuicios de género, raza, condición socioeconómica, religión o credo, nacionalidad o de cualquier otro tipo, y no contará entre sus criterios con patrones estereotipados de comportamiento o prácticas sociales y culturales, basadas en conceptos de inferioridad o de subordinación. A su vez, el Artículo 10° enfatiza en el tipo de atención que será recibido por las víctimas de la Violencia Familiar, al determinar que ésta se basará en modelos psicoterapéuticos reeducativos tendientes a disminuir y, de ser posible, de erradicar las conductas de violencia que hayan sido empleadas y evaluadas con anterioridad a su aplicación. Se podrá hacer extensiva la atención en 4 instituciones públicas a quienes cuenten con ejecutoria relacionada con eventos de violencia familiar, a solicitud de la autoridad jurisdiccional de acuerdo con las facultades que tiene conferidas el juez penal o familiar; o bien, a solicitud del propio interesado (Asamblea de Representantes del Distrito Federal, 1996).

5.2 Legislación nacional de la Violencia Doméstica

❖ **Ley 1257 de Diciembre 4 de 2008:** Esta ley tiene como finalidad garantizar que las mujeres gocen de una vida libre de violencias tanto en el ámbito público como en el privado. Determina que la violencia contra las mujeres puede ser de índole física, sexual, psicológica, económica o patrimonial. Asimismo las mujeres poseen derechos humanos que deben ser garantizados por el Estado. Las mujeres agredidas tienen derecho a recibir asesoría jurídica gratuita, a través de la defensoría Pública y en caso de violencia sexual, deberán recibir información clara sobre sus derechos sexuales y reproductivos (interrupción de embarazo, anticoncepción de emergencia, retrovirales, etc.) y podrán escoger el sexo del profesional de la salud que las examinará. A su vez, las mujeres tienen derecho a decidir si quieren tener contacto

con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos judiciales; la audiencia de conciliación no es un requisito procedimental. Las mujeres víctimas de violencia de cualquier tipo, tienen el derecho a solicitar una medida de protección inmediata que ponga fin o evite que se realicen otros actos de violencia y la policía tiene el deber de brindar protección temporal especial a la víctima tanto en su domicilio como en el lugar de trabajo. Se podrá ordenar al agresor a desalojar la casa y mantenerse alejado de la víctima y obligarlo a acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico. Se podrá suspender al agresor la tenencia, porte y uso de armas. Se podrá prohibir al agresor negociar o vender bienes de su propiedad sujetos a registro, si tuviere sociedad conyugal o patrimonial vigente. De igual manera, las EPSs prestarán servicios de habitación y alimentación a víctimas y a sus hijos e hijas. Se podrá asignar un subsidio monetario mensual para la habitación y alimentación. Se dará un incentivo tributario a empresas que contraten a mujeres víctimas de violencias. Quien acose, persiga hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, incurrirá en prisión de uno a tres años. Las medidas de protección se aplicarán a quienes convivan o hayan convivido entre si. Se aumentan las penas para los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria, los cuales ya no son excarcelables. Conocerán de estas violencias los Jueces y las Comisarías de Familia. Los Jueces de Paz y los Conciliadores en Equidad no tienen competencia. La violencia contra las mujeres se investigará de oficio; cualquier persona puede denunciarla, no sólo la víctima. (Ley 1257 de 2008).

5.3 Políticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el marco de la Violencia Doméstica:

Dentro de las Políticas Institucionales del ICBF en el marco de la Violencia Intrafamiliar, se encuentran: a) prevenir las relaciones violentas al interior de las familias incidiendo sobre los

valores, los comportamientos y las actitudes que originan y perpetúan este tipo de relaciones, promoviendo y fortaleciendo los factores protectores de la familia, de la pareja, del individuo y de las comunidades; b) garantizar la acción oportuna de las instituciones frente a los factores desencadenantes de violencia intrafamiliar; la detección temprana y la atención preventiva, frente al inicio de actos violentos en la familia y en los espacios sustitutos de la vida familiar; c) garantizar la calidad, la disponibilidad, el acceso, y la utilización de los servicios de salud, justicia, seguridad y protección para la atención de los casos de violación de derechos en la familia y en los espacios sustitutos de la vida familiar; d) desarrollar modelos para la rehabilitación psico-social de abusadores de menores de edad, y de los perpetradores de violencia conyugal; f) mejorar el conocimiento que se tiene de la violencia intrafamiliar y de las formas de intervenirla y g) fortalecer la coordinación, articulación, seguimiento y evaluación interinstitucional y comunitaria de los programas y servicios en los distintos niveles territoriales para la prevención, detección temprana y atención de la violencia intrafamiliar (González, 2012).

5.4 Políticas del Gobierno Nacional en el marco de la Violencia Doméstica:

Dentro de las políticas del Gobierno colombiano en el marco de la Violencia Intrafamiliar se encuentran: a) la Prevención de los factores que contribuyen al uso de la violencia en la familia y promoción de los factores protectores; b) la Intervención en prevención se concibe como un proceso integral y continuo de promoción del desarrollo del capital humano y social, que busca tener impacto en la sociedad en general. Las acciones están orientadas a incidir en el cambio de los patrones socioculturales que justifican y alimentan las relaciones violentas al interior de la familia, a fortalecer los factores protectores de los individuos y las parejas y a generar redes y procesos comunitarios que contengan el acto violento. Este componente tiene tres líneas de acción: comunicación social para el cambio cultural, fortalecimiento de los factores protectores

de la familia, de la pareja y del individuo y fortalecimiento de los factores protectores comunitarios; c) la Vigilancia y detección temprana de la utilización de la violencia como forma de relación y de resolución del conflicto en el hogar; d) la Intervención adecuada y oportuna sobre los individuos y/o familias, con anterioridad a los episodios de violencia o cuando éstos aún no se han rutinizado, y el establecimiento de programas preventivos; aminora los costos sociales de la violencia y evita la disolución de los lazos familiares; se logra con ello mitigar los daños emocionales sobre los miembros afectados del grupo familiar, la fijación de patrones violentos de comportamiento y la reproducción intergeneracional de la violencia; e) la Implementación de mecanismos de detección temprana, atención preventiva, referencia y contrareferencia de los individuos y familias en riesgo o víctimas de episodios de violencia intrafamiliar; y f) la Atención integral a individuos y familias víctimas de violencia intrafamiliar y atención a los agresores (González, 2012).

6. VARIABLE DE ESTUDIO

6.1 Conceptualización de la variable de estudio:

Ansiedad: Cuando se activan los esquemas ansiogénicos, cumplen su función de orientar y canalizar el procesamiento de la información debido a su papel de filtros a partir de los cuales es percibida, interpretada y sintetizada la realidad. Estos esquemas operan de tal forma que producen errores sistemáticos del procesamiento de la información, como son: las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobre-generalización, la maximización y minimización, la personalización y los pensamientos dicotómico y absolutista. (Beck et al., 1979; Beck y Emery, 1985).

6.2 Operacionalización de la variable de estudio:

Tabla 1. Operacionalización de la Variable de Estudio.

Dimensiones	Indicadores	Intensidad	Técnica
ANSIEDAD BAJA	1. Entumecimiento u hormigueo 2. Sensación de calor 3. Temblor en las piernas 4. Incapacidad para relajarse 5. Miedo a que ocurra lo peor 6. Vértigo o mareo 7. Palpitaciones 8. Inestabilidad 9. Terror	Síntomas experimentados.	POC BAI

	<p>10. Nervios</p> <p>11. Sensaciones de ahogo</p> <p>12. Temblor de manos</p> <p>13. Inestabilidad</p> <p>14. Miedo a perder el control</p> <p>15. Dificultades para respirar</p> <p>16. Miedo a morir</p> <p>17. Pánico</p> <p>18. Indigestión o molestias en abdomen</p> <p>19. Sensación de desmayo</p> <p>20. Rubor en la cara</p> <p>21. Sudor (no debido al calor)</p>		
<p>ANSIEDAD MODERADA</p>	<p>1. Entumecimiento u hormigueo</p> <p>2. Sensación de calor</p> <p>3. Temblor en las piernas</p> <p>4. Incapacidad para relajarse</p> <p>5. Miedo a que ocurra lo peor</p> <p>6. Vértigo o mareo</p> <p>7. Palpitaciones</p> <p>8. Inestabilidad</p> <p>9. Terror</p> <p>10. Nervios</p> <p>11. Sensaciones de ahogo</p> <p>12. Temblor de manos</p>	<p>Síntomas experimentados con considerable molestia pero capaces de ser soportados.</p>	<p>BAI</p>

	<p>13. Inestabilidad</p> <p>14. Miedo a perder el control</p> <p>15. Dificultades para respirar</p> <p>16. Miedo a morir</p> <p>17. Pánico</p> <p>18. Indigestión o molestias en abdomen</p> <p>19. Sensación de desmayo</p> <p>20. Rubor en la cara</p> <p>21. Sudor (no debido al calor)</p>		
<p>ANSIEDAD SEVERA</p>	<p>1. Entumecimiento u hormigueo</p> <p>2. Sensación de calor</p> <p>3. Temblor en las piernas</p> <p>4. Incapacidad para relajarse</p> <p>5. Miedo a que ocurra lo peor</p> <p>6. Vértigo o mareo</p> <p>7. Palpitaciones</p> <p>8. Inestabilidad</p> <p>9. Terror</p> <p>10. Nervios</p> <p>11. Sensaciones de ahogo</p> <p>12. Temblor de manos</p> <p>13. Inestabilidad</p> <p>14. Miedo a perder el control</p> <p>15. Dificultades para respirar</p>	<p>Síntomas experimentados fuertemente de forma casi insoportable.</p>	<p>BAI</p>

	16. Miedo a morir		
	17. Pánico		
	18. Indigestión o molestias en abdomen		
	19. Sensación de desmayo		
	20. Rubor en la cara		
	21. Sudor (no debido al calor)		

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es de corte descriptivo ya que tiene como objetivo “indagar la incidencia y los valores que se manifiestan en una o más variables; o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento, un contexto, un fenómeno o una situación (describirla, como su nombre lo indica)” (Sampieri, 2007. Pág. 144). El procedimiento metodológico de esta investigación radica en medir los niveles la ansiedad como una variable que se presenta en el fenómeno de la violencia doméstica contra la mujer, proporcionando su descripción en función de la intensidad en que se experimentan los síntomas somáticos y fisiológicos de dicho trastorno, la cual indicará la prevalencia de cada uno de sus niveles (bajo, moderado y severo).

Es una investigación no experimental puesto que se realiza sin la manipulación deliberada de la variable estudiada (ansiedad experimentada por mujeres víctimas de violencia doméstica); es decir, se observará éste fenómeno tal y como se da en su contexto natural para después analizarlo (Sampieri, 2007). “En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente los participantes o tratamientos” (Kerlinger, 2002, Pág. 420). De esta manera, a lo largo de esta investigación se describirá la prevalencia de los niveles de ansiedad que experimentan las mujeres víctimas de violencia doméstica en su ambiente natural, sin suministrar algún tipo de estímulo a dicha población.

Es de corte *transversal*, puesto que “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único” (Sampieri, 2007. Pág. 142). El propósito de esta investigación es describir los niveles de ansiedad producto de la violencia doméstica con relación a los síntomas fisiológicos y

conductuales que éste trastorno representa, esto mediante la aplicación en un único momento del instrumento Beck Anxiety Inventory – BAI, el cual determinará la prevalencia de los niveles bajo, moderado y severo de ansiedad que presenten las 37 mujeres de la muestra que recibieron maltrato físico, psicológico y/o sexual en su ambiente familiar durante los 6 meses anteriores a la aplicación de dicho inventario.

7.2 Población y muestra de la investigación

7.2.1 Unidad de análisis.

Mujeres víctimas de violencia doméstica pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la ciudad de Barranquilla.

7.2.2 Muestra.

Treintaisiete Mujeres adultas jóvenes, intermedias y mayores víctimas de violencia doméstica en las modalidades física, psicológica y/o sexual, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la ciudad de Barranquilla que han sido atendidas y reportadas por la Fundación CEDESOCIAL y la Fundación TEKNOS en el período contemplado entre el mes de Diciembre de 2012 al mes de Mayo de 2013.

7.2.3 Criterios de Inclusión de la muestra

Las integrantes de la muestra seleccionada se identifican como víctimas de una o más de las manifestaciones de violencia doméstica categorizadas en el siguiente cuadro:

Tabla 2. Características de la Muestra.

Dimensión	Manifestaciones	Conceptualización
VIOLENCIA FÍSICA	- Por acto: empujones, zarandeos, heridas, quemaduras, fracturas.	“La violencia física puede ser un acto o una omisión. La primera hace referencia a un abuso físico, que incluiría diferentes conductas agresivas, desde empujones y zarandeos, heridas, quemaduras o fracturas, pudiendo llegar incluso, al homicidio. La violencia física por omisión, recogida en la tipología de la violencia que hace la OMS (Krug et al., 2002) como negligencia o deprivación, se refiere a aquellos casos en los que el maltratador priva a su víctima de los cuidados pertinentes en caso de enfermedad o, de manera voluntaria, no le protege en situaciones que entrañan riesgo para su integridad física” (Alonso, 2007. Pág. 50).
	- Por omisión: negligencia al privar a la víctima de cuidados o tratamientos médicos necesarios.	
VIOLENCIA SEXUAL	- imposición forzada de relaciones sexuales.	“Está referido a la imposición forzada de relaciones sexuales o conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por la víctima. Este tipo de violencia podría incorporarse dentro de la violencia física, pero se diferencia en la connotación de intimidad de este tipo de conductas” (Alonso, 2007. Pág. 50).
	- Conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por parte de la víctima.	

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	- Frecuentes críticas humillaciones, posturas gestos amenazantes, amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc.	“Se refiere a cualquier conducta verbal o no verbal, activa o pasiva, que trate de producir de manera intencional en la víctima sentimientos de culpa o sufrimiento, intimidación y desvalorización. Este tipo de maltrato caracteriza por frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes
	- conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos, destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras.	(amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc.), conductas destructivas (ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos o destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras) y por último, culpabilización
	- Culpabilización y responsabilización a la víctima de los episodios violentos.	responsabilización a la víctima de los episodios violentos” (Alonso, 2007. Pág. 50).

❖ Características demográficas de la muestra:

- a) Pertenecen a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la ciudad de Barranquilla.
- b) Poseen los niveles de escolaridad primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto y técnico completo.

c) Se encuentran en las etapas del ciclo vital correspondientes a la adultez temprana, intermedia y tardía.

7.2.4 Tipo de muestra.

❖ Es una muestra *no probabilística* puesto que:

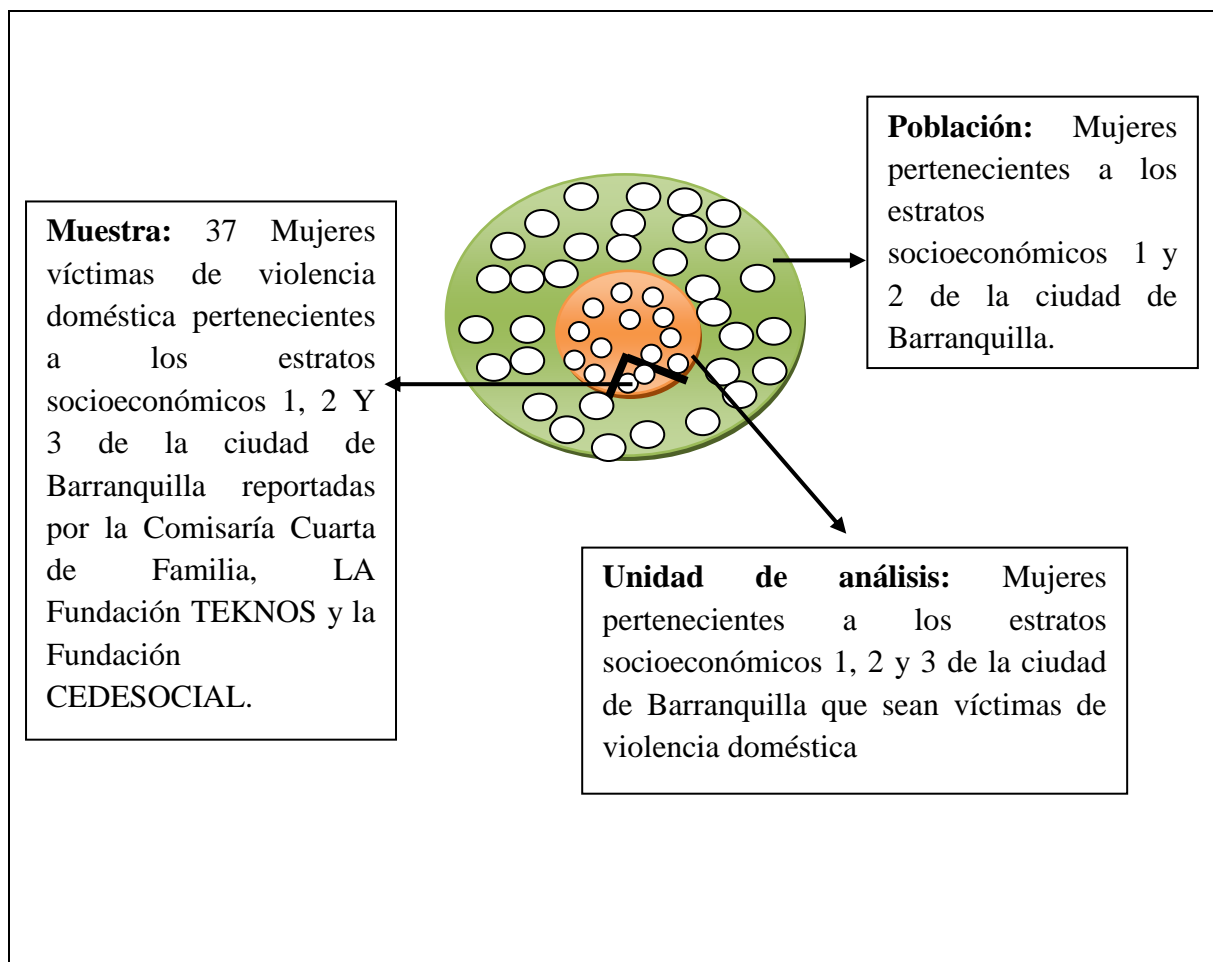
a) El proceso de selección es de tipo informal y no representativo a nivel probabilístico: “En las muestras de éste tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores” (Sampieri, 2007. Pág.7). La muestra seleccionada no es representativa para una población en general, es decir, no todas las mujeres víctimas de violencia doméstica que representan la unidad de análisis tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas para los fines que establece el presente estudio.

b) La muestra escogida para el desarrollo de esta investigación representa, desde un nivel no probabilístico, a un grupo determinado de personas que fueron seleccionadas a partir de la decisión del investigador fundamentada en premisas investigativas existentes que demuestran la relación entre la problemática de la violencia doméstica y la variable ansiedad. De esta manera, para lograr una descripción confiable de la prevalencia de los niveles de ansiedad que experimentan las mujeres víctimas de violencia a nivel intrafamiliar reportadas por las instituciones, todas y cada una de las integrantes de la muestra seleccionada deben poseer características propias de la problemática social compartida (violencia doméstica), es decir, han sufrido cualquiera de las siguientes agresiones dentro de su hogar: a) Maltrato físico: empujones,

zarandeos, heridas, quemaduras, fracturas, negligencia al privar a la víctima de cuidados o tratamientos médicos necesarios; b) Maltrato sexual: imposición forzada de relaciones sexuales, conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por parte de la víctima; y c) maltrato psicológico: frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes: amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc. conductas destructivas: ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos, destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras, culpabilización y responsabilización a la víctima de los episodios violentos.

c) La selección de la muestra es cuidadosa y controlada: las participantes son seleccionadas a partir del criterio de experto evidenciado en la base de datos suministrada por la Comisaría Cuarta de Familia de Barranquilla, esto con el fin de asegurar que las integrantes de la muestra posean las características previamente especificadas.

d) Mediante el análisis de los resultados de esta investigación no se podrán realizar generalizaciones en un sentido probabilístico; es decir, no se podrá concluir que la totalidad de los integrantes de la unidad de análisis (mujeres víctimas de violencia doméstica) padecen los niveles de ansiedad descritos por medio del presente estudio. Sin embargo, el valor investigativo del presente proyecto de grado radica en la generación de conocimiento descriptivo sobre la presencia de una de las consecuencias psicológicas (ansiedad) que una problemática social (violencia doméstica) genera en un grupo humano determinado (mujeres reportadas por la Comisaría Cuarta de Familia) y por medio de este tipo de muestra no-probabilística es posible alcanzar estos fines.

Gráfico 1. Espectro poblacional, de unidad de análisis y muestra no-probabilística.

e) Es útil al diseño metodológico seleccionado por el investigador: tal como se ha establecido, la finalidad investigativa de este proyecto es suministrar datos descriptivos certeros capaces de nutrir la literatura científica existente sobre la variable psicológica de la ansiedad que es experimentada por mujeres víctimas de violencia doméstica. La contribución científica de esta investigación, establecida más ampliamente en la justificación, radica en dos ejes específicos: 1) suministra datos que posibilitan la identificación de la ansiedad experimentada por mujeres víctimas de violencia doméstica en función de los síntomas somáticos y conductuales padecidos

debido al trastorno y 2) genera literatura base para la creación de modelos terapéuticos y programas de detección y atención de la ansiedad como consecuencia psicológica de la violencia doméstica contra la mujer. Para lograr estos fines metodológicos se implementó una elección no-probabilística de sujetos que poseen las características especificadas en la problematización. En el planteamiento del problema es visible tanto a nivel estadístico como investigativo, que la variable ansiedad figura como una consecuencia de la violencia intrafamiliar contra la mujer y para poder describir los niveles de esta variable psicológica, se selecciona una muestra de sujetos que poseen relación directa con la problemática.

f) Es un estudio de caso: Según Sampieri (2007), “el estudio de caso no es una elección de método, sino del objeto o la muestra que se va a estudiar” (Sampieri, 2007. Cap. 7).

Tabla 3. Características del caso estudiado.

<p>Descripción general del caso</p>	<p>Mujeres víctimas de violencia doméstica pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 de la ciudad de Barranquilla reportadas por la Comisaría Cuarta de la Alcaldía Distrital, Fundación TEKNOS y la Fundación CEDESOCIAL, con los niveles de escolaridad primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto y técnico completo; ubicadas en las etapas del ciclo vital correspondientes a la adultez temprana, intermedia y tardía, que experimentan niveles bajos, moderados y severos de ansiedad identificados a partir del padecimiento de los síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que representa dicho trastorno psicológico.</p>
--	--

Contexto en el que presenta el caso	Intrafamiliar.
Naturaleza y Cualidad del caso	<p>Violencia física: empujones, zarandeos, heridas, quemaduras, fracturas, negligencia al privar a la víctima de cuidados y tratamientos médicos necesarios.</p> <p>Violencia sexual: imposición forzada de relaciones sexuales y conductas de carácter sexual percibidas como degradantes por parte de la víctima.</p> <p>Violencia psicológica: frecuentes críticas y humillaciones, posturas y gestos amenazantes: amenazas de violencia, de suicidio, de llevarse a los niños, etc. conductas destructivas: ruptura de objetos de valor económico o afectivo, maltrato de animales domésticos, destrucción de propiedades materiales de la víctima, entre otras. culpabilización y responsabilización a la víctima de los episodios violentos.</p>
Tipo del caso estudiado	Instrumental
Alcance investigativo del caso	<p>Generar conocimiento descriptivo sobre un problema social de investigación: las mujeres víctimas de violencia doméstica reportadas por la Comisaría Cuarta de Familia de Barranquillo experimentan síntomas somáticos y conductuales propios de ansiedad con una intensidad baja, moderada y severa.</p>
Finalidad práctica del caso	<p>Generar literatura científica base para las instituciones locales y nacionales que atienden a mujeres víctimas de violencia doméstica: 1) Ser un referente investigativo al momento de trabajar con casos similares y 2) Contribuir en la creación de</p>

	programas de detección y atención de la ansiedad producto de violencia doméstica.
--	---

7.3 Técnicas e Instrumentos.

❖ **Entrevista estructurada para indagación externa:** es empleada en diferentes ciencias sociales y afines, con el objetivo de realizar estudios de corte descriptivo y exploratorio, puesto que facilita la obtención de información básica y relevante sobre el problema investigado. También es utilizada en la fundamentación de las hipótesis y permite orientar las estrategias que deben usarse en el momento de aplicar otras técnicas de recolección de información. La entrevista estructurada o dirigida es eficiente cuando no existe material informativo sobre el tema que se investiga o cuando los datos no pueden obtenerse mediante la utilización de otras técnicas. E necesario contar con una guía de entrevista al momento de realizarla y ésta puede conformarse de preguntas abiertas o temas a conocer, los cuales se derivan de los objetivos que se deseen describir o explorar (Rojas, 2008).

En el caso específico de la presente investigación, la entrevista estructurada se implementó para determinar el nivel de consciencia que poseen las instituciones públicas y privadas de la ciudad de Barranquilla que atienden a mujeres víctimas de violencia doméstica, con respecto a la ansiedad como variable psicológica padecida por éste grupo poblacional. Asimismo, sirvió como instrumento para indagar sobre la existencia o ausencia de proyectos, programas y/o modelos de detección temprana y atención oportuna de la ansiedad experimentada por mujeres víctimas de violencia doméstica.

❖ **Consentimiento Informado:** “el consentimiento informado en investigación científica hace referencia a la aceptación o no por parte del paciente o de los sujetos que conforman la muestra de una investigación o de un ensayo clínico, de participar en el estudio, previa información acerca de su naturaleza, objetivos y riesgos del mismo. El código de Nuremberg (1946) es el primer intento de establecer normas éticas para la experimentación en el ser humano; en él se plantea que el consentimiento voluntario del sujeto humano es esencial en toda investigación (Herazo, 2007, pág. 11).

❖ **Inventario de Ansiedad de Beck - BAI:**

Éste instrumento fue creado por el Doctor Aaron T. Beck y otros colegas, es un cuestionario de veintiún ítems sobre cómo el sujeto se ha sentido durante la última semana, expresado como síntomas comunes de ansiedad. Se distingue como un recurso clínico de evaluación importante para determinar signos tanto somáticos como cognitivos relacionados con niveles específicos de ansiedad. Éste instrumento ha sido utilizado en una variedad de diferentes grupos de pacientes jóvenes y adultos mayores, desde 1999 el BAI es el tercer instrumento de medida de ansiedad más utilizado.

Evaluación de ansiedad:

El BAI es un inventario de 21 ítems, en el que la persona debe señalar en una escala de 0 a 3 el grado de molestia que le ha provocado experimentar cada síntoma de ansiedad señalado. La puntuación mínima en este inventario es de 0, siendo 63 la puntuación máxima. El coeficiente de

fiabilidad test-retest de este inventario es de 0,75 y el de consistencia interna es de 0,92 (Beck, Brown, Epstein y Steer. 1988).

Cada ítem es puntuado de 0 a 3, donde:

0 equivale a nada

1 equivale a poco

2 equivale a bastante

3 equivale a mucho.

(La puntuación total resulta de la suma de todos los ítems).

7.4 Procedimiento de recolección de la información

1) Proceso de caracterización de las mujeres: agrupar a las mujeres que hayan sufrido violencia doméstica a nivel físico, psicológico y/o sexual durante el período de Diciembre de 2012 a Mayo de 2013 a partir de las bases de datos referidas por las instituciones colaboradoras.

2) Proceso de citación de la muestra caracterizada.

3) Aplicación del acuerdo de consentimiento.

4) Aplicación del BAI (Beck Anxiety Inventory): es un instrumento fácil resolución e interpretación. Las mujeres que presenten nivel bajo de escolaridad serán guiadas y orientadas personalmente para la resolución del instrumento.

Se espera identificar el índice de cada nivel de ansiedad experimentado por el grupo seleccionado a través de la interpretación de los resultados, así:

Tabla 4. Interpretación de los resultados del BAI.

Ansiedad baja	0-21
Ansiedad moderada	22-35
Ansiedad severa	más de 36

8. HIPÓTESIS

El nivel de ansiedad prevalente en la muestra de 37 mujeres víctimas de violencia doméstica reportadas por la Comisaria Cuarta de Familia, la Fundación TEKNOS y la Fundación CEDESOCIAL de la ciudad de Barranquilla es el de Ansiedad Severa.

9. RESULTADOS.

❖ Distribución Demográfica de la Muestra

Gráfico 2.Distribución de la Muestra según Institución que reporta los Casos de Violencia Doméstica contra la Mujer.

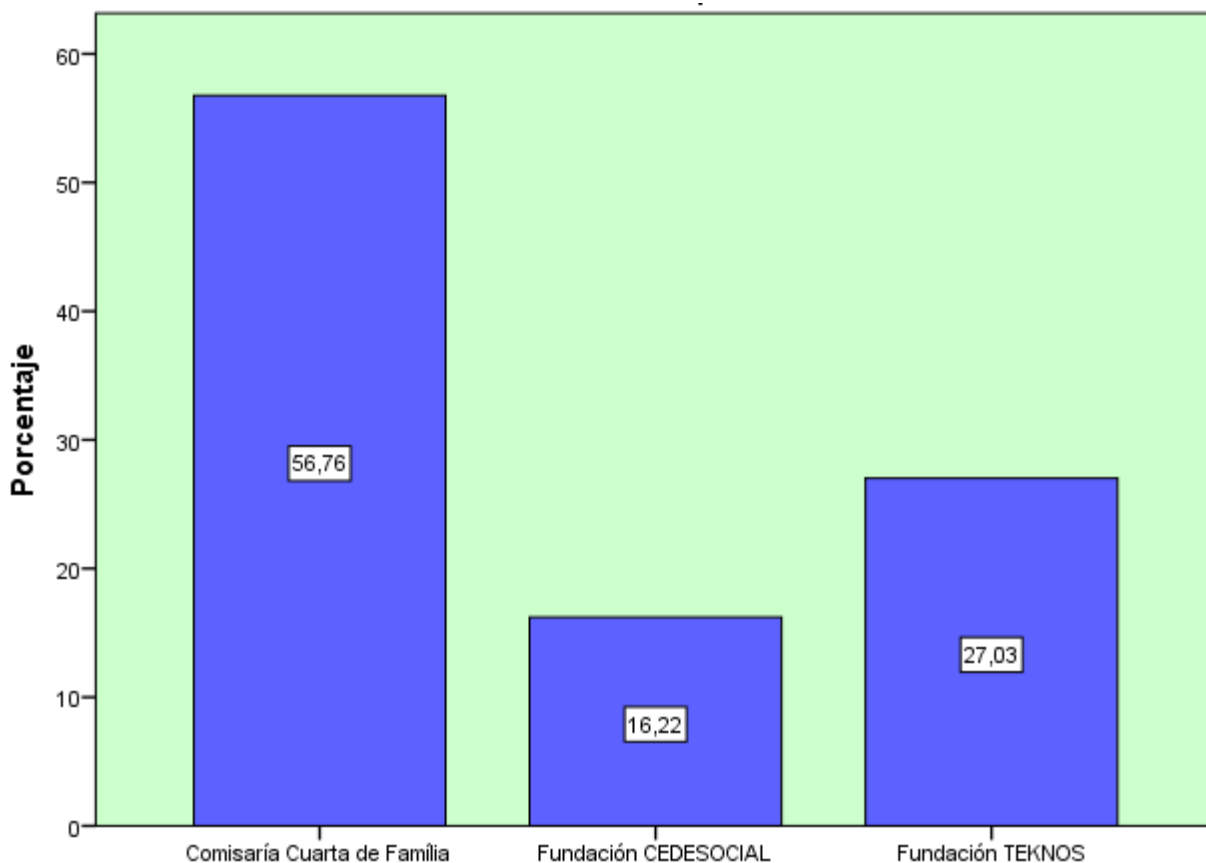


Tabla 5.Distribución de la Muestra según Institución que reporta los Casos de Violencia Doméstica contra la Mujer.

Institución Que Reporta				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Comisaría Cuarta de Familia	21	56,8	56,8	56,8
Fundación CEDESOCIAL	6	16,2	16,2	73,0
Fundación TEKNOS	10	27,0	27,0	100,0
Total	37	100,0	100,0	

La muestra es conformada por 37 mujeres víctimas de violencia doméstica de las cuales 21 casos (56,8%) fueron reportados por la Comisaría Cuarta de Familia de la Ciudad de Barranquilla; 10 casos (27,0%) fueron reportados por la Fundación TEKNOS y 6 casos (16,2%) fueron reportados por la Fundación CEDESOCIAL.

Gráfico 3. Distribución de la Muestra según la Etapa del Ciclo Vital de pertenencia.

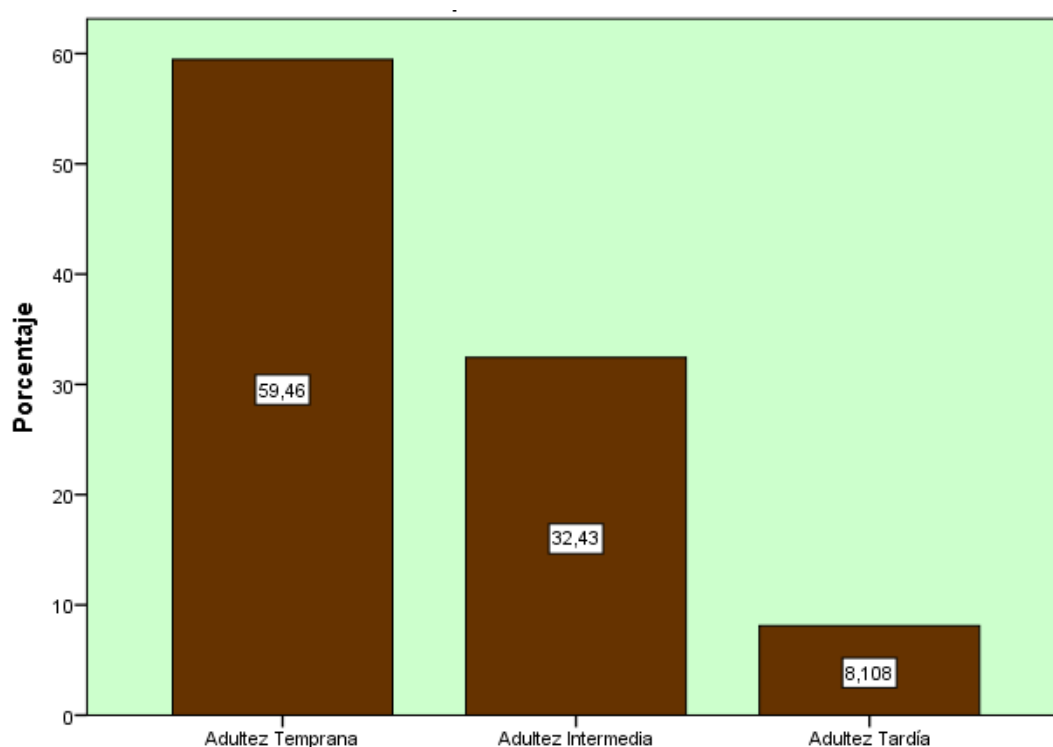


Tabla 6. Distribución de la Muestra según la Etapa del Ciclo Vital de pertenencia.

Etapa Del Ciclo Vital				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Adulthood Early	22	59,5	59,5
	Adulthood Intermediate	12	32,4	32,4
	Adulthood Late	3	8,1	8,1
	Total	37	100,0	100,0

La muestra es conformada por 37 mujeres adultas víctimas de violencia doméstica, de las cuales 22 (59,5%) pertenecen a la etapa del ciclo vital Adultez Temprana, 12 (32,4%) pertenecen a la etapa del ciclo vital Adultez Intermedia y 3 (8,1%) pertenecen a la etapa del ciclo vital Adultez Tardía.

Gráfico 4. Distribución de la Muestra según Estrato Socioeconómico.

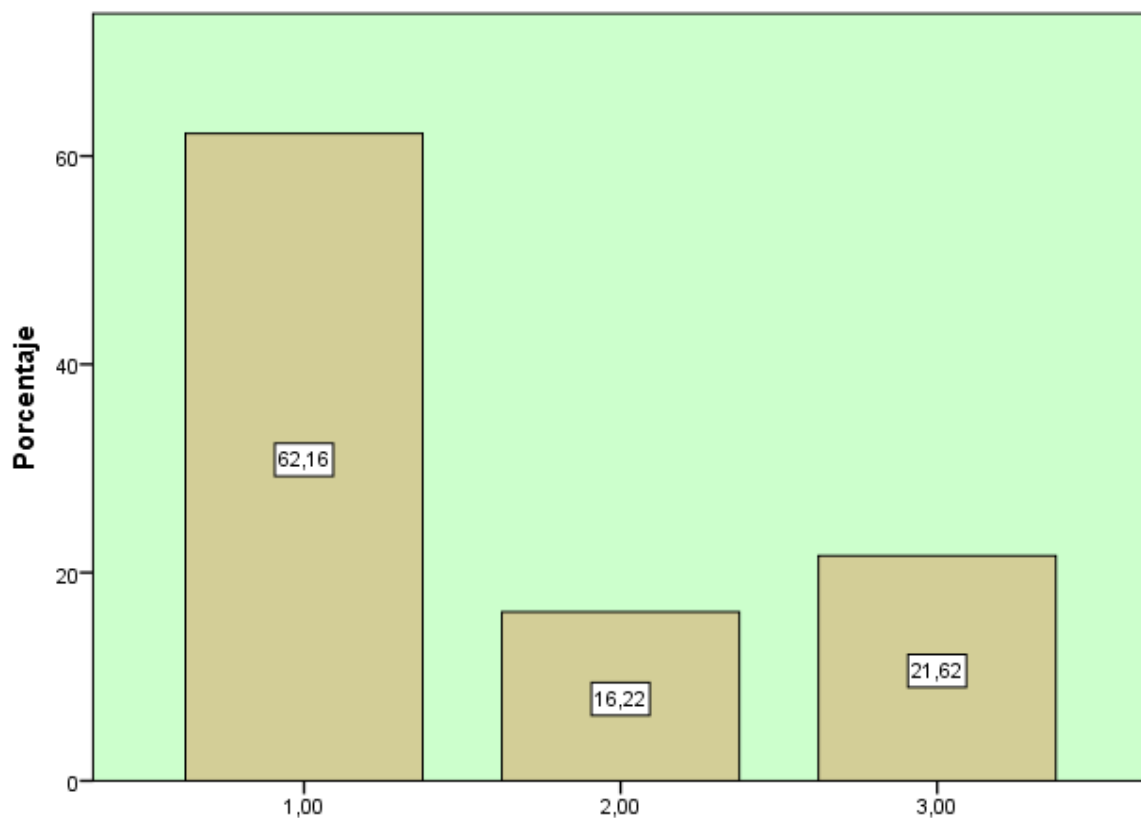


Tabla 7. Distribución de la Muestra según Estrato Socioeconómico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje váli	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	23	62,2	62,2
	2,00	6	16,2	78,4
	3,00	8	21,6	100,0
Total	37	100,0	100,0	

El estrato socioeconómico más frecuente dentro de la muestra es el 1, representado con el 62,3%; le sigue el Estrato Socioeconómico 2 con un 16,2% y el Estrato Socioeconómico 3 con un 21,6%.

Gráfico 5. Distribución de la Muestra según Nivel Educativo.

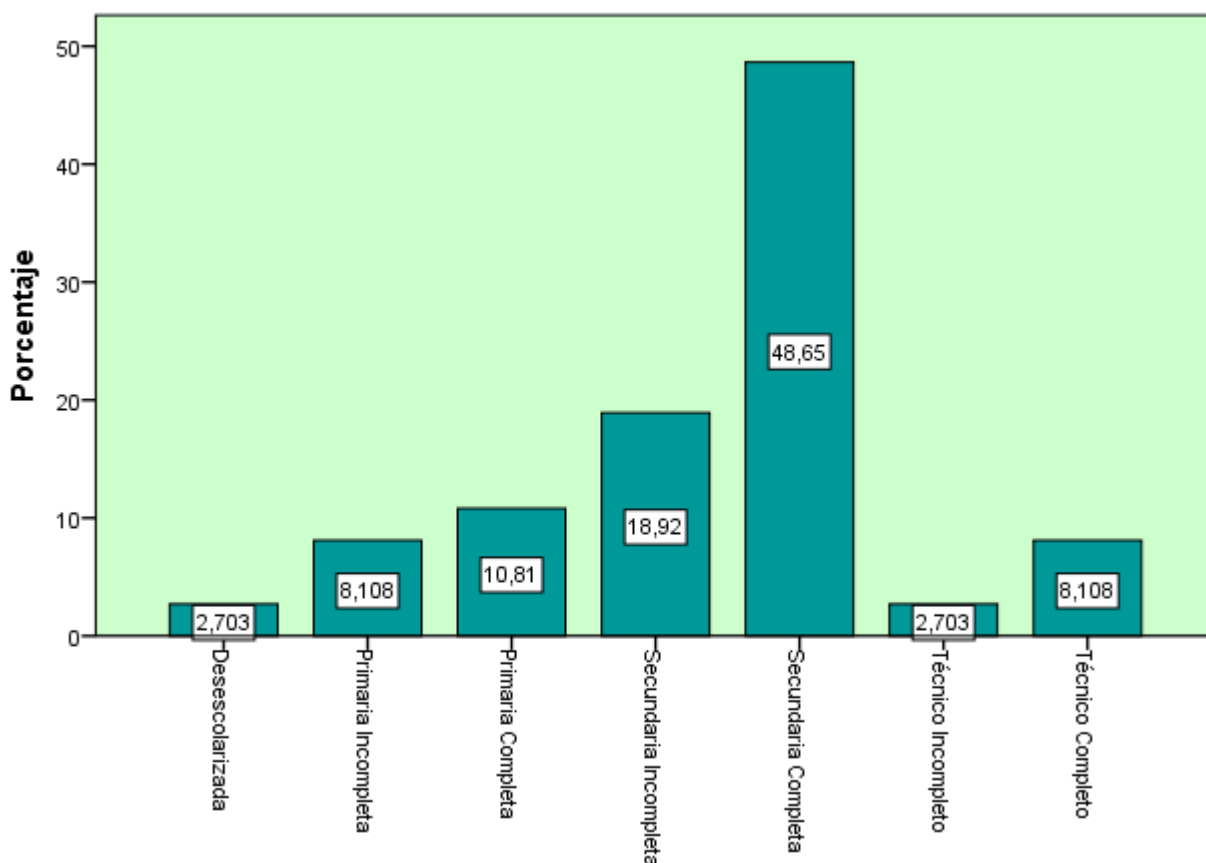


Tabla 8. Distribución de la muestra según Nivel Educativo.

Nivel Educativo					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
	Desescolarizada	1	2,7	2,7	2,7
	Primaria Incompleta	3	8,1	8,1	10,8
	Primaria Completa	4	10,8	10,8	21,6
Válidos	Secundaria Incompleta	7	18,9	18,9	40,5
	Secundaria Completa	18	48,6	48,6	89,2
	Técnico Incompleto	1	2,7	2,7	91,9
	Técnico Completo	3	8,1	8,1	100,0

Total	37	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Las 37 mujeres que conforman la muestra poseen diversos niveles educativos distribuidos así: 1 mujer (2,7%) es desescolarizada, 3 mujeres (8,1%) poseen estudios de Primaria Incompleta, 4 mujeres (10,8%) poseen estudios de Primaria Completa, 7 mujeres (18,9%) poseen el nivel educativo de Secundaria Incompleta, 18 mujeres (48,6%) pertenecen al nivel educativo de Secundaria Completa, 1 mujer (2,7%) posee el nivel educativo de Técnico Incompleto y 3 mujeres (8,1%) poseen el nivel educativo de Técnico Completo. Se observa que el nivel educativo predominante es el de Secundaria Completa, con una frecuencia de 18 casos representados en el 48,6% de la totalidad de la muestra.

Gráfico 6. Distribución de la muestra según Ocupación.

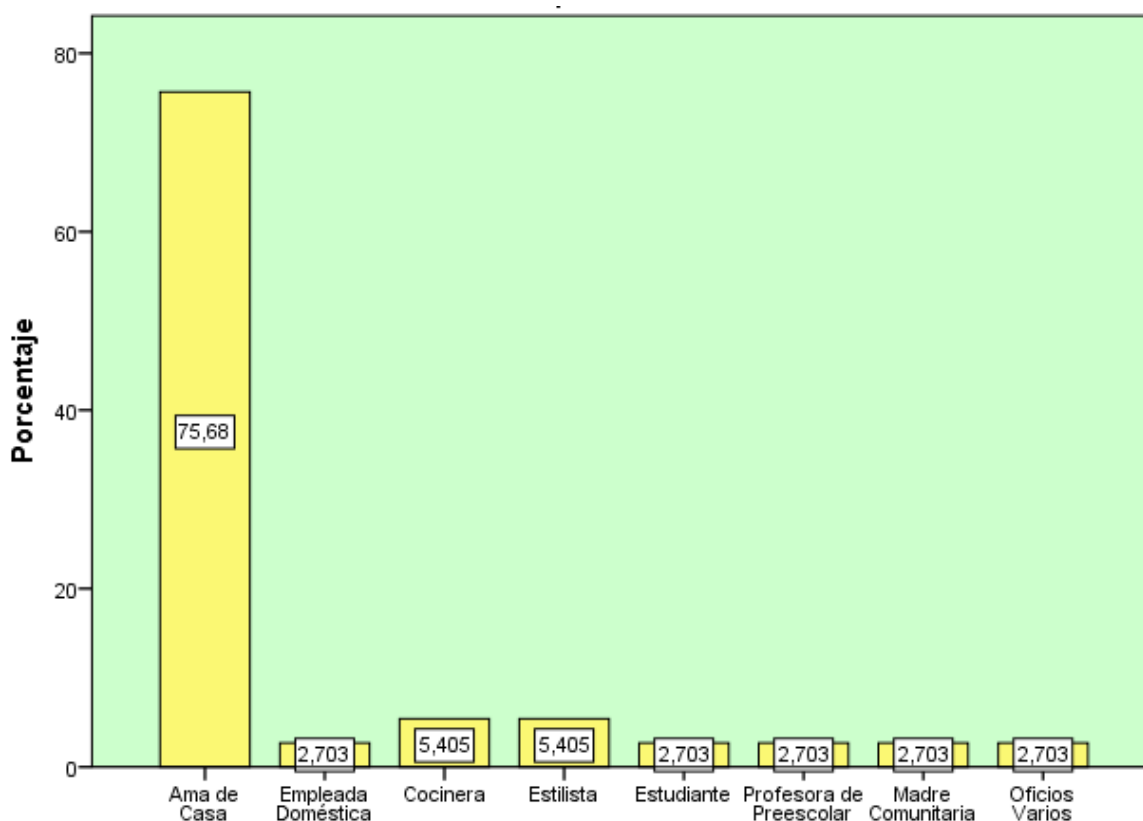


Tabla 9. Distribución de la muestra según Ocupación.

Ocupación				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Ama de Casa	28	75,7	75,7
	Empleada Doméstica	1	2,7	78,4
	Cocinera	2	5,4	83,8
	Estilista	2	5,4	89,2
Válidos	Estudiante	1	2,7	91,9
	Profesora de Preescolar	1	2,7	94,6
	Madre Comunitaria	1	2,7	97,3
	Oficios Varios	1	2,7	100,0
	Total	37	100,0	

Se observa que la ocupación predominante es la de Ama de Casa, con una frecuencia de 28 casos (75,7 %), le siguen las ocupaciones de Cocinera y Estilista, ambas con una frecuencia de 2 casos (5,4%). Las ocupaciones de Empleada Doméstica, Estudiante, Profesora de Preescolar, Madre Comunitaria y Oficios Varios se presentan cada una con una frecuencia de 1 caso, representados con el 2,7% de la totalidad de la muestra.

Gráfico 7. Distribución de la Muestra según Fecha del Último Acto Violento.

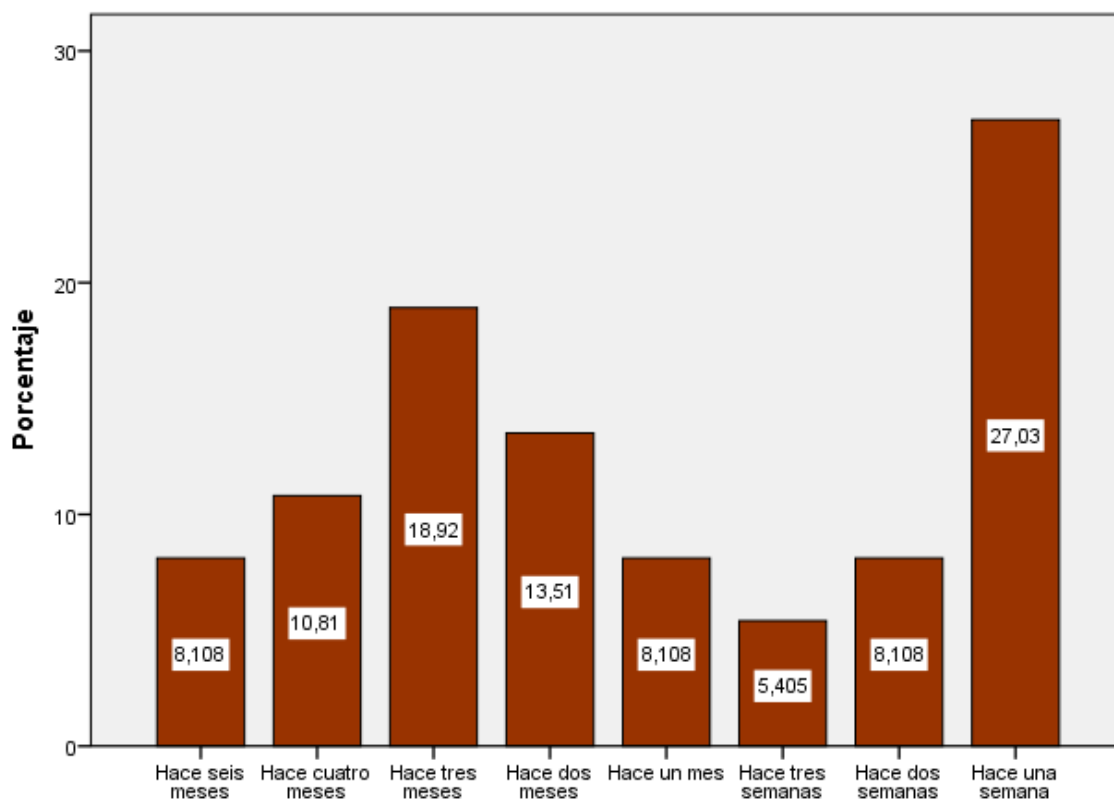


Tabla 10. Distribución de la Muestra según Fecha del Último Acto Violento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hace seis meses	3	8,1	8,1	8,1
Hace cuatro meses	4	10,8	10,8	18,9
Hace tres meses	7	18,9	18,9	37,8
Hace dos meses	5	13,5	13,5	51,4
Válidos Hace un mes	3	8,1	8,1	59,5
Hace tres semanas	2	5,4	5,4	64,9
Hace dos semanas	3	8,1	8,1	73,0
Hace una semana	10	27,0	27,0	100,0
Total	37	100,0	100,0	

La muestra es conformada por 37 mujeres que fueron víctimas de agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales al interior de su hogar durante los últimos 6 meses antes de la

administración del instrumento para la medición de la ansiedad “Beck Anxiety Inventory – BAI”. Las fechas aproximadas de ocurrencia del último acto violento se distribuyen así: 3 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 6 meses; representando el 8,1 %, 4 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 4 meses; representando el 10,8 %, 7 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 3 meses; representando el 18,9 %, 5 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 2 meses; representando el 13,5 %, 3 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 1 mes; representando el 8,1 %; 2 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 3 semanas; presentando el 5,4 %, 3 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 2 semanas; representando el 8,1 % y 10 mujeres sufrieron actos de violencia doméstica hace 1 semana; representando el 27,0%. Se infiere que la fecha de Ocurrencia del último acto violento más frecuente es “hace una semana”, lo cual ilustra que el 27 % de las mujeres que conforman la totalidad de la muestra fueron víctimas de agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales durante la última semana antes de la aplicación del BAI.

Gráfico 8. Distribución de la muestra según el Parentesco del (a) Agresor (a).

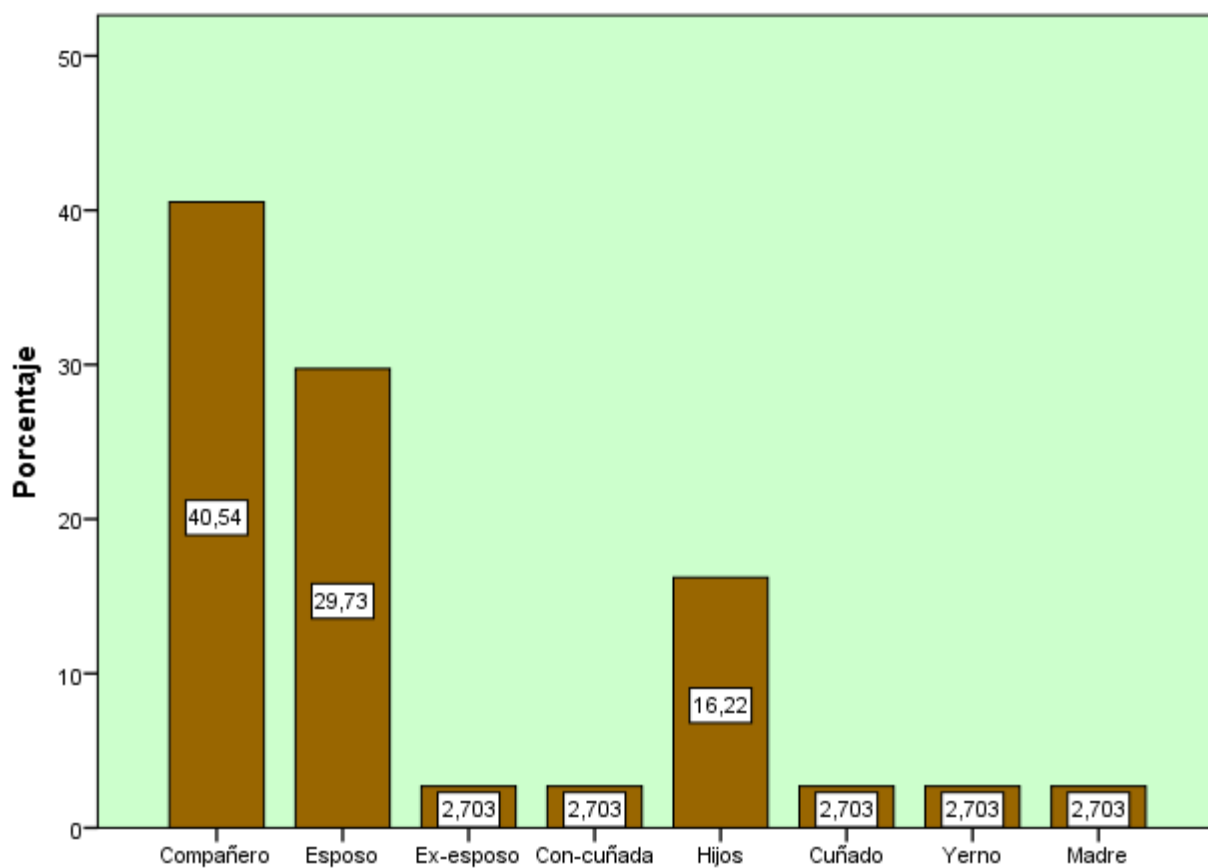


Tabla 11. Distribución de la muestra según el Parentesco del (a) Agresor (a).

Parentesco Del (a) Agresor (a)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Compañero	15	40,5	40,5	40,5
Esposo	11	29,7	29,7	70,3
Ex-esposo	1	2,7	2,7	73,0
Con-cuñada	1	2,7	2,7	75,7
Válidos Hijos	6	16,2	16,2	91,9
Cuñado	1	2,7	2,7	94,6
Yerno	1	2,7	2,7	97,3
Madre	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

A partir del gráfico y la tabla anteriores se observa que el parentesco del agresor más frecuente es el Compañero, con una frecuencia de 15 casos (40,5%). Le sigue el parentesco

Esposo con una frecuencia de 11 casos (29,7%) e Hijos con una frecuencia de 6 casos (16,2%). Los parentescos Exesposo, Concuñada, Cuñado, Yerno y Madre poseen cada uno una frecuencia de 1 caso, respectivamente representados con el 2,7% de la totalidad de la muestra.

Gráfico 9. Distribución de la Muestra según Modalidad de Violencia Doméstica contra la Mujer.

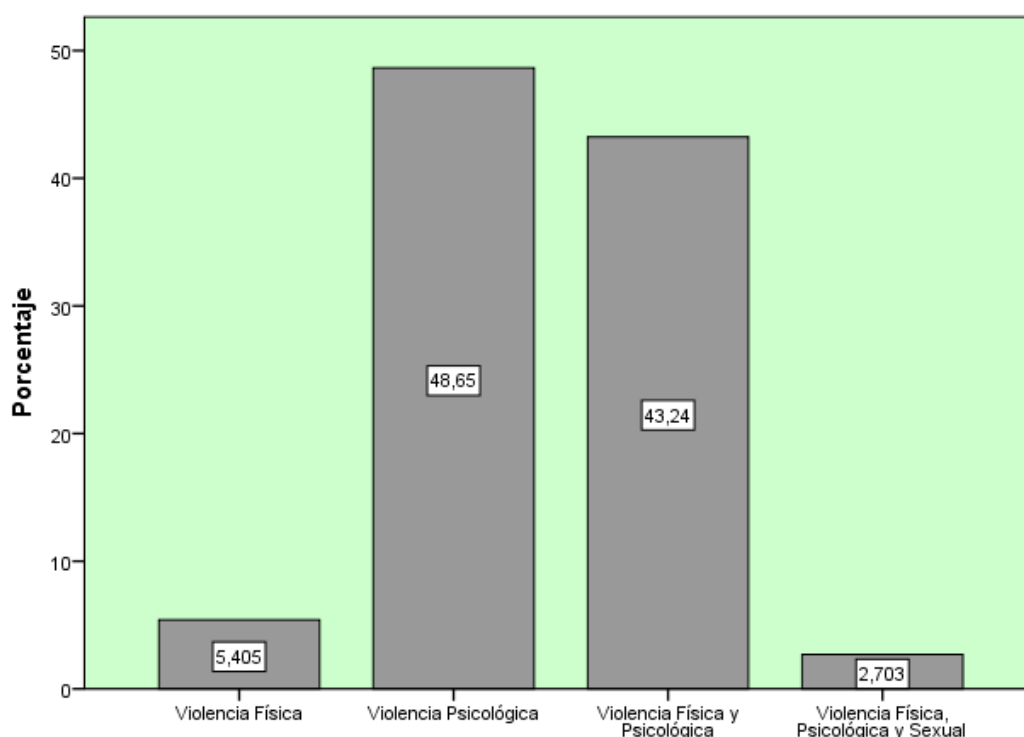


Tabla 12. Distribución de la muestra según Modalidad de Violencia Doméstica contra Mujer.

Modalidad De Violencia Doméstica contra la Mujer.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Violencia Física	2	5,4	5,4	5,4
Violencia Psicológica	18	48,6	48,6	54,1
Válidos Violencia Física y Psicológica	16	43,2	43,2	97,3
Violencia Física, Psicológica y Sexual	1	2,7	2,7	100,0

Total	37	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

Se observa que la modalidad de violencia más común dentro de la muestra es la Psicológica, con una frecuencia de 18 casos representados en un 48,6%. Le sigue la combinación de las modalidades de Violencia Física y Psicológica con 16 casos (43,2%). 2 mujeres (5,4%) de la muestra fueron víctimas de violencia Física y 1 mujer (2,7%) fue víctima de la combinación de las modalidades de Violencia Física, Psicológica y Sexual.

❖ **Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados por la totalidad de la muestra.**

Gráfico 10. Niveles de Ansiedad experimentados por la Totalidad de la Muestra.

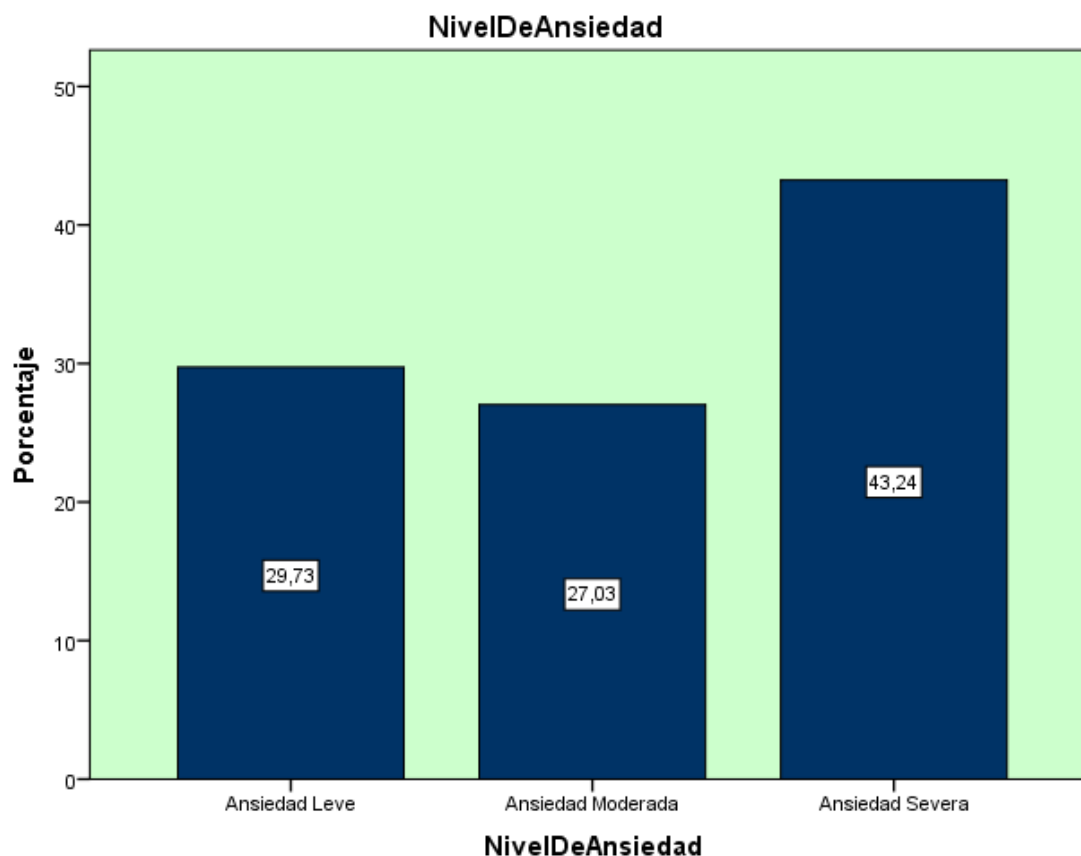


Tabla 13. Niveles de Ansiedad experimentados por la Totalidad de la Muestra.

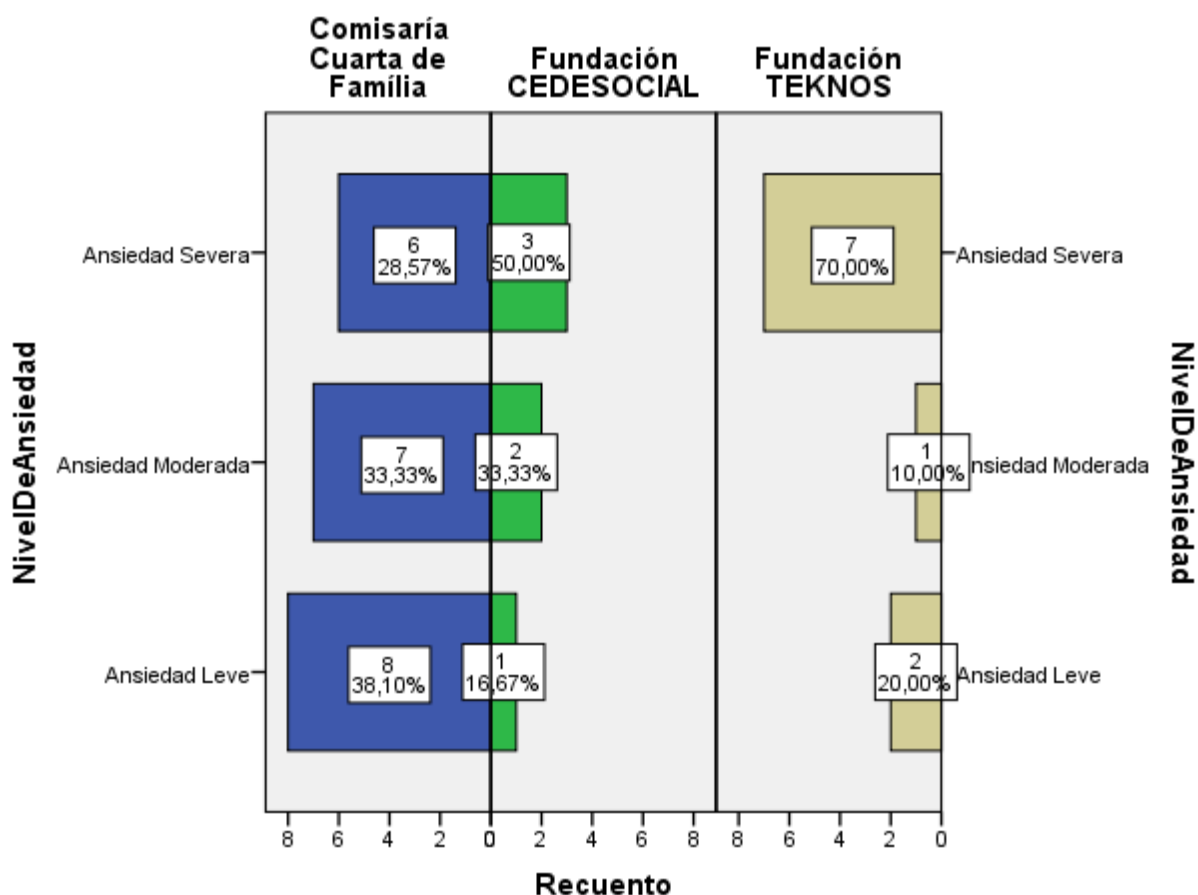
NivelDeAnsiedad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ansiedad Leve	11	29,7	29,7
	Ansiedad Moderada	10	27,0	56,8
	Ansiedad Severa	16	43,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0

16 mujeres de la muestra (43,24%) presentaron Ansiedad Severa; 11 mujeres (29,73%) presentaron Ansiedad Leve y 10 mujeres (27,03%) presentaron Ansiedad Moderada. Se

evidencia que el nivel de ansiedad más frecuente en la totalidad de la muestra es el de Ansiedad Severa, representado en un 43,2%. Los niveles Ansiedad Moderada y Ansiedad Leve se presentan con similitud porcentual, en un 27,0% y 29,7% respectivamente.

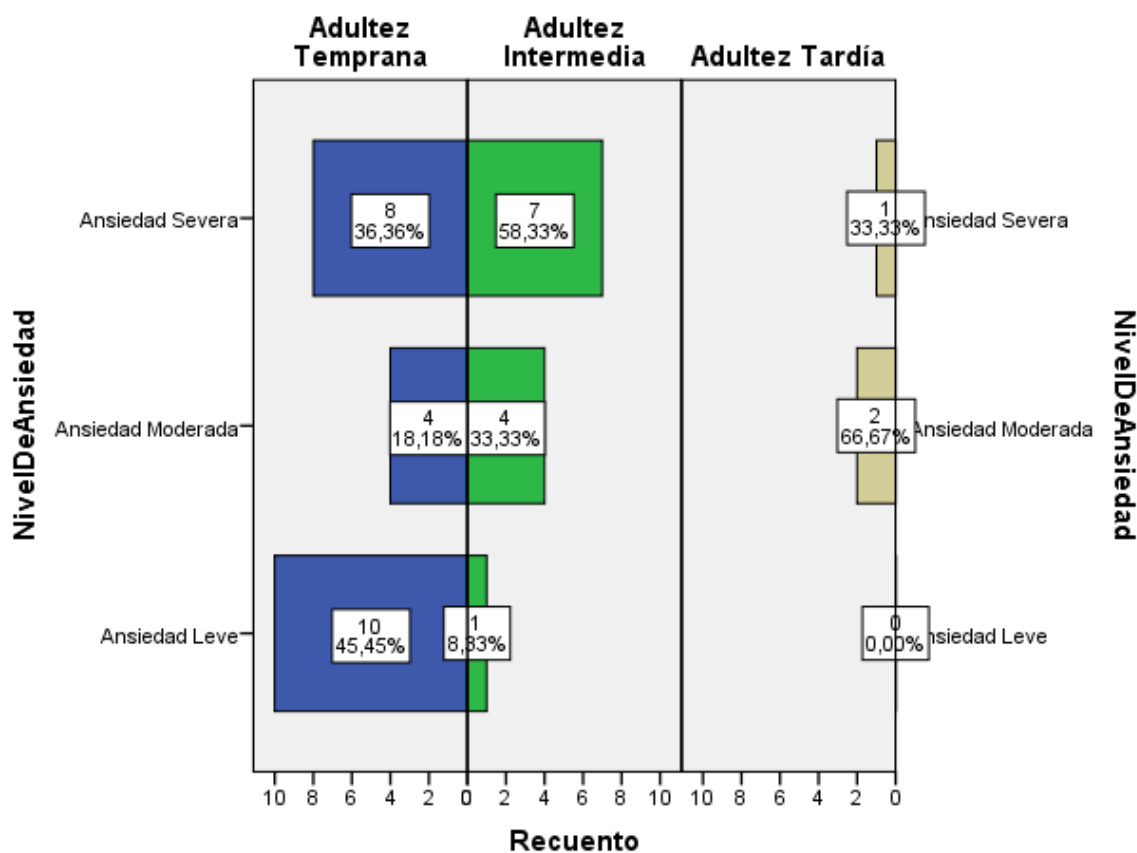
❖ Prevalencia de los niveles de Ansiedad experimentados por la totalidad de la muestra a partir de los Indicadores Demográficos y Criterios de Inclusión.

Gráfico 11. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según la Institución que Reporta los casos de Violencia Doméstica contra la Mujer.



El gráfico muestra prevalencia del nivel de Ansiedad Leve en la Comisaría Cuarta de Familia con un porcentaje de 38,10% y una frecuencia de 8 casos; le siguen los niveles de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 33,33% y una frecuencia de 7 casos y la Ansiedad Severa con un porcentaje de 28,57% y una frecuencia de 6 casos. Con relación a la Fundación CEDESOCIAL se observa prevalencia del nivel de Ansiedad Severa con un porcentaje de 50,00% y una frecuencia de 3 casos, siguiéndole el nivel de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 33,33% y una frecuencia de 2 casos y el nivel de Ansiedad Leve con un porcentaje de 16,67% y una frecuencia de 1 caso. En la Fundación TEKNOS el nivel de Ansiedad Moderada es el prevalente, con un porcentaje de 70,00% y una frecuencia de 7 casos; le sigue el nivel de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 10,00% y una frecuencia de 1 caso y por último el nivel de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 20,00% y una frecuencia de 2 casos.

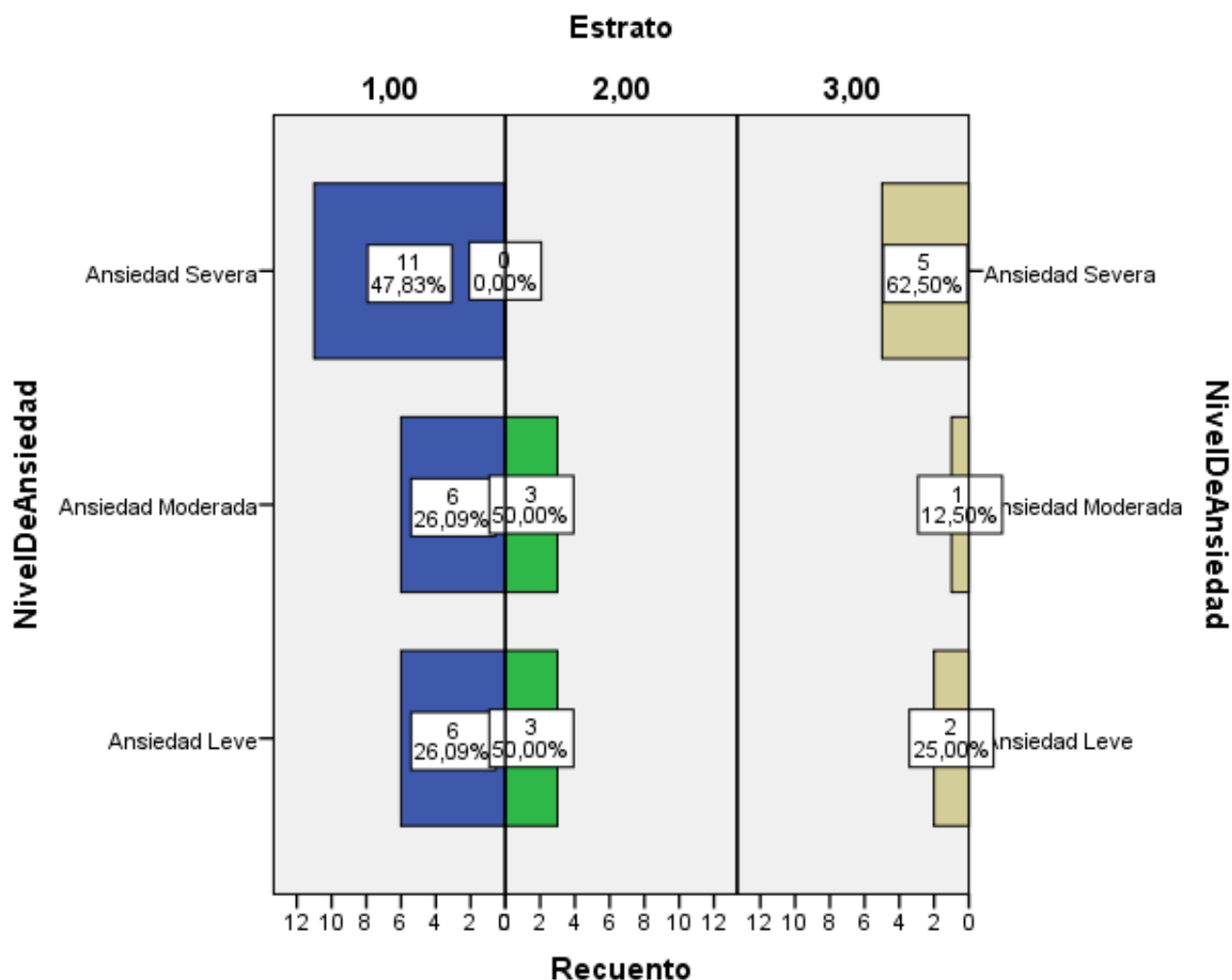
Gráfico 12. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según la Etapa del Ciclo vital de pertenencia.



El gráfico muestra prevalencia del nivel de Ansiedad Leve en la etapa de la Adultez Temprana con un porcentaje de 45,45% y una frecuencia de 10 casos; le sigue el nivel de Ansiedad Severa con un porcentaje de 36,36% y una frecuencia de 8 casos y por último el nivel de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 18,18% y una frecuencia de 4 casos. Con respecto a la etapa de Adultez Intermedia se observa prevalencia del nivel de Ansiedad Severa en con un porcentaje de 58,33% y una frecuencia de 7 casos; le sigue el nivel de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 33,33% y una frecuencia de 4 casos y por último el nivel de Ansiedad Leve con un porcentaje de 8,33% y una frecuencia de 1 caso. En la etapa de la Adultez Tardía se observa prevalencia del nivel de Ansiedad Moderada con un porcentaje de 66,67% y una frecuencia de 2 casos y el nivel de Ansiedad Severa se presenta en un 33,33%

con una frecuencia de 1 caso; finalmente no se presentan casos de Ansiedad Leve en ésta etapa del ciclo vital.

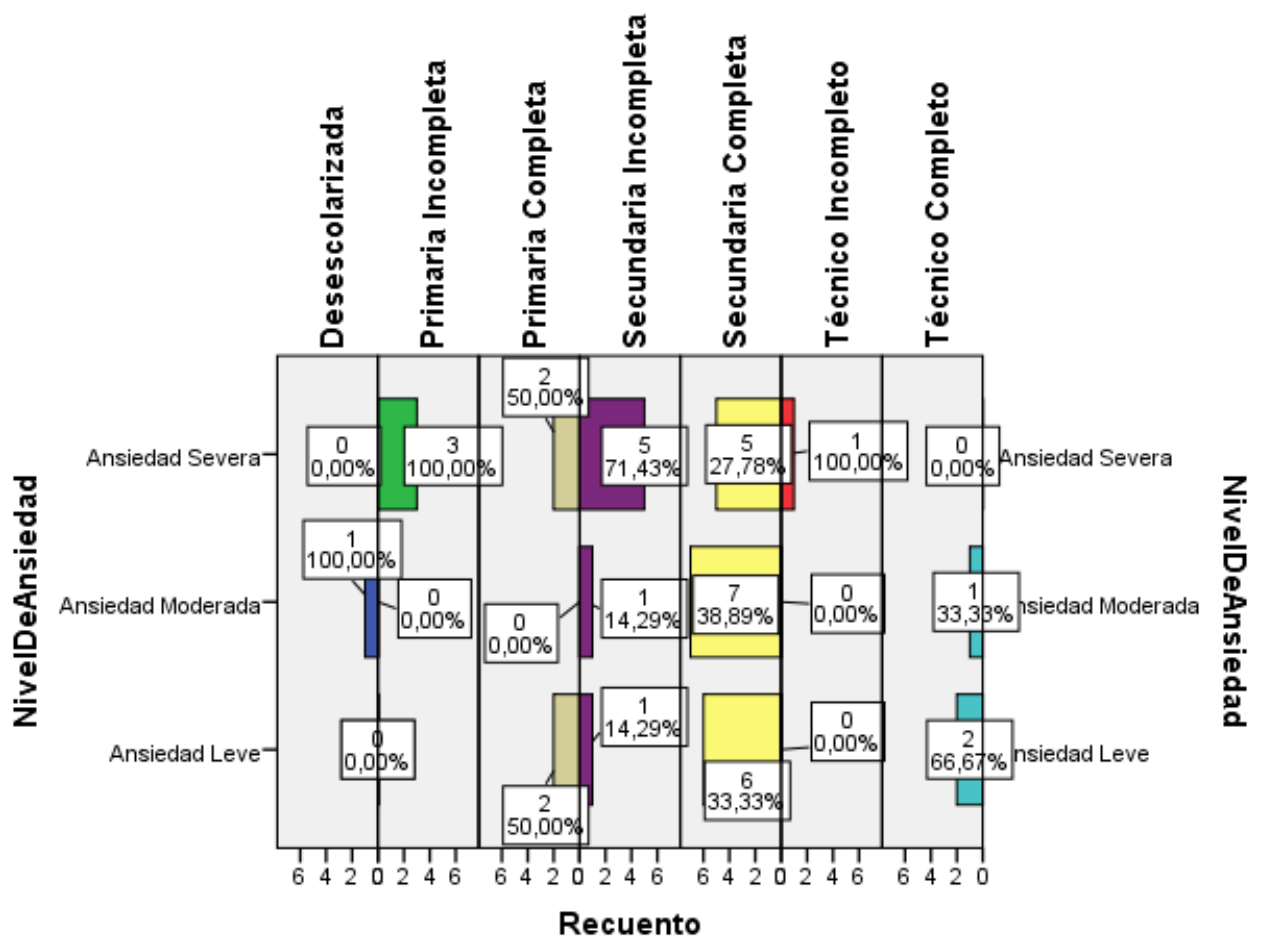
Gráfico 13. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según Estrato Socioeconómico.



EL gráfico muestra que en el Estrato Socioeconómico 1 el nivel prevalente es el de Ansiedad Severa con un porcentaje de 47,83% y una frecuencia de 11 casos, le siguen los niveles de Ansiedad Moderada y Leve, cada uno con un porcentaje de 26,09% y una frecuencia de 6 casos. Con relación al Estrato Socioeconómico 2 se presentan 3 casos de Ansiedad Moderada (50,00%) y 3 casos de Ansiedad leve (50,00%). En el Estrato Socioeconómico 3 se muestra prevalencia en el nivel de Ansiedad Severa con un porcentaje

de 62,50% y una frecuencia de 5 casos, le sigue el nivel de Ansiedad Leve con un porcentaje de 25,00% y una frecuencia de 2 casos y por último se presenta 1 caso de Ansiedad Moderada representado en un 12,50%.

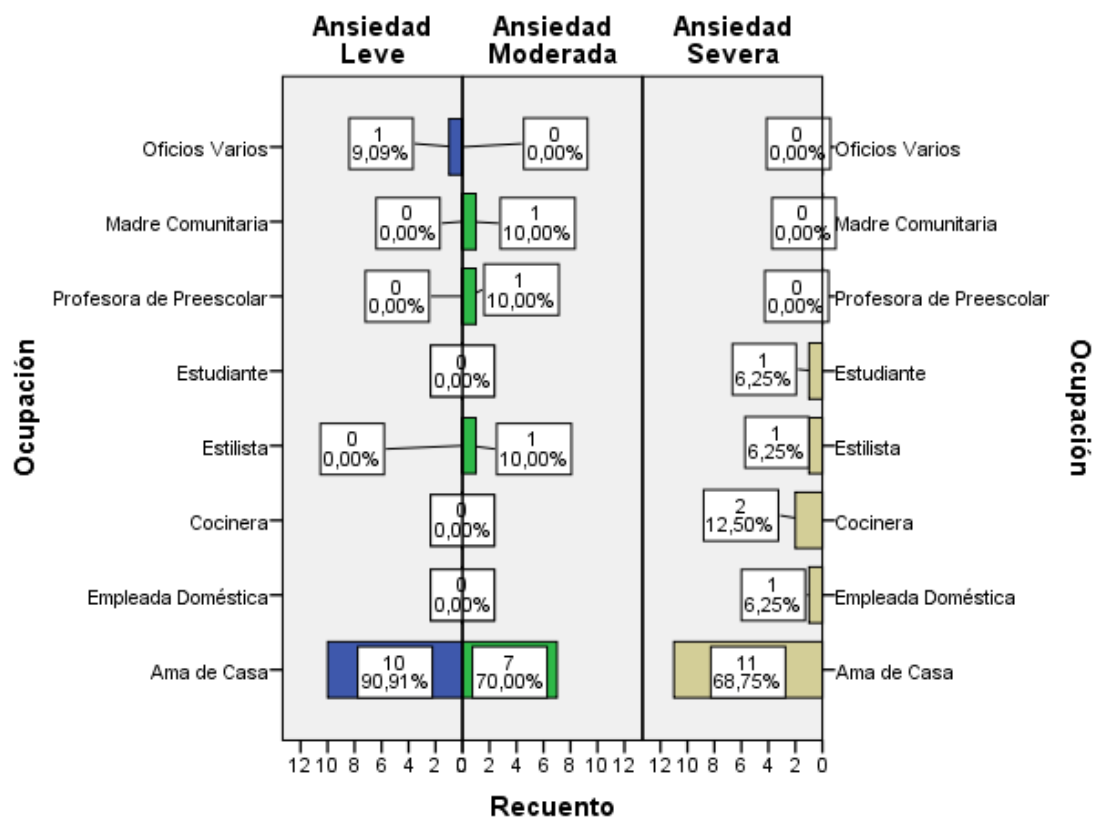
Gráfico 14. Niveles de Ansiedad experimentados según Nivel Educativo.



En el gráfico se muestra prevalencia del nivel de Ansiedad Severa en los Niveles Educativos de Primaria Incompleta, Secundaria Incompleta y Técnico Incompleto, representados con los porcentajes de 100%, 71,43% y 100% respectivamente. A su vez se observa prevalencia del nivel de Ansiedad Moderada en los niveles educativos Desescolarizada y Secundaria Completa, representados con los porcentajes de 100% y

38,89% respectivamente. El nivel de Ansiedad Leve es prevalente en el nivel educativo Técnico Completo con un 66,7%. En el nivel educativo de Primaria Completa se observan 2 casos de Ansiedad Severa y 2 casos de Ansiedad Moderada, cada uno representado con el porcentaje del 50%.

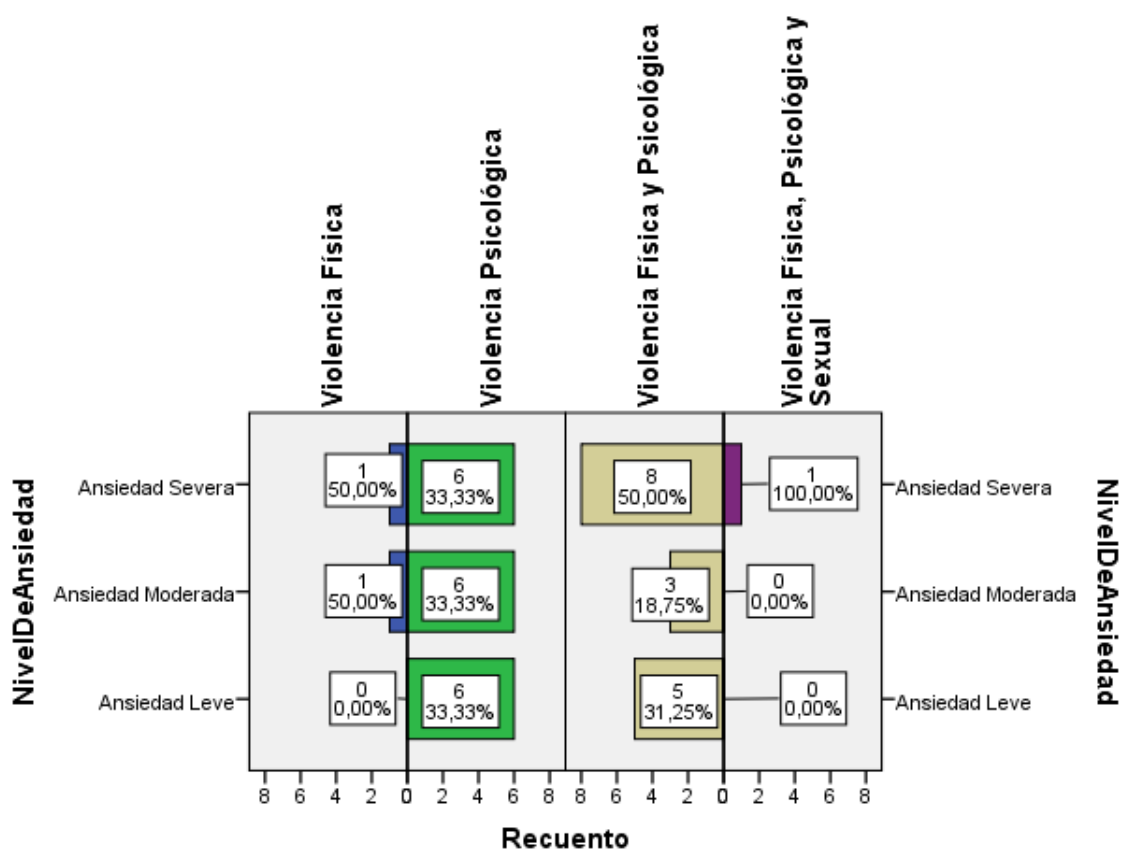
Gráfico 15. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según Ocupación.



El nivel de Ansiedad Leve es experimentado por un total de 11 mujeres, de las cuales 1 (9,09%) se desempeña en la labor de Oficios Varios y 10 (90,91%) se desempeñan como Amas de Casa; el nivel de Ansiedad Moderada es experimentado por un total de 10 mujeres, de las cuales 1 (10%) es madre comunitaria, 1 (10%) es Profesora de Preescolar, 1 (10%) es Estilista y 7 (70%) son Amas de Casa; el nivel de Ansiedad Severa es experimentado por un

total de 16 mujeres, de las cuales 1 (6,25%) es Estudiante, 1 (6,25%) es Estilista, 2 (12,50%) son Cocineras, 1 (6,25%) es Empleada Doméstica y 11 (68,75%) son Amas de casa.

Gráfico 16. Prevalencia de los Niveles de Ansiedad experimentados según Modalidad de Violencia Doméstica contra la Mujer.



En la modalidad de Violencia Física se observa 1 caso de Ansiedad Severa representado con el 50% y 1 caso de Ansiedad Moderada representado con el 50%; en la modalidad de Violencia Psicológica se observan 6 casos de Ansiedad Severa, 6 casos de Ansiedad Moderada y 6 casos de Ansiedad Leve, cada uno representado con el 33,33%, en la combinación de las modalidades de Violencia Física y Psicológica se observa prevalencia del

nivel de Ansiedad Severa con una frecuencia de 8 casos y un porcentaje del 50%; le siguen el nivel de Ansiedad Leve con una frecuencia de 5 casos (31,25%) y el nivel de Ansiedad Moderada con una frecuencia de 3 casos (18,75%). Con relación a la combinación de las modalidades de Violencia Física, Psicológica y Sexual, se presenta 1 caso de Ansiedad Severa con un porcentaje del 100%.

10. CONCLUSIONES

La Violencia Doméstica contra la Mujer es una problemática que produce diversas consecuencias en sus víctimas; hasta la fecha se han estudiado las afecciones padecidas a nivel psicológico en donde la Ansiedad figura como un cuadro clínico frecuentemente padecido. El presente estudio de corte descriptivo es conformado por una muestra de 37 mujeres víctimas de violencia doméstica de las cuales el 56,76% fueron reportadas por la Comisaría Cuarta de Familia, el 27,03% fueron reportadas por la Fundación TEKNOS y el 16,22% fueron reportadas por la Fundación CEDESOCIAL; a las cuales se les administró el instrumento de medición de los niveles de ansiedad Beck Anxiety Inventory que permitió determinar la prevalencia de los niveles de Ansiedad Leve, Moderada y Severa mediante la auto-identificación los síntomas somáticos, conductuales y cognitivos padecidos durante la última semana antes de la aplicación del mismo.

La ansiedad como producto de la Violencia Doméstica es una variable psicológica que ha sido estudiada en diversos contextos. Walker (1999) encontró que el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas que con más frecuencia se han estudiado en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Asimismo Zubizarreta y col. (1994) halló que ciertas características asociadas a las situaciones de maltrato contra la mujer a nivel psicológico y afectivo social pueden ser consideradas como agentes protectores del padecimiento del TEPT padecido por las víctimas de éstas agresiones (Patró, Corbalán, Limiñana, 2007. Págs. 120 - 122).

Por otro lado, el trabajo de Alonso (2007) determina que el 100% de las mujeres mexicanas y españolas maltratadas entrevistadas padecían de la sintomatología propia de la ansiedad

sugerida a partir del BAI. Sin embargo, éste estudio no arroja resultados con relación a los niveles de ansiedad específicos (Leve, Moderada y Severa) y por esta razón se complementa dicho alcance investigativo a través de la presente investigación por medio de la cual es posible demostrar que así como en otras latitudes, la ansiedad es una consecuencia psicológica padecida por las mujeres víctimas de violencia doméstica de tipo físico, psicológico y/o sexual pertenecientes al contexto de la ciudad de Barranquilla, específicamente de los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3.

A partir del análisis de los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck –BAI se encontró una prevalencia del nivel de Ansiedad Severa el cual es experimentado por el 43,24% de las mujeres que conforman la muestra. Con respecto a los niveles de Ansiedad Moderada y Ansiedad Leve, se encontró que éstos son padecidos por el 27,03% y el 29,73% de las mujeres reportadas.

A su vez, los resultados arrojan datos significativos con relación a la prevalencia de los niveles de ansiedad experimentados en función de las características demográficas de la muestra:

Según las instituciones que reportan los casos de mujeres víctimas de violencia doméstica, se determina que el nivel de Ansiedad Severa es padecido en su mayoría por las mujeres reportadas por las instituciones del tercer sector Fundación TEKNOS y Fundación CEDESOCIAL. Se encontró que el 70% de las mujeres reportadas por la Fundación TEKNOS y el 50% de las mujeres reportadas por la Fundación CEDESOCIAL experimentan niveles de Ansiedad Severa. Con respecto a las mujeres reportadas por la Comisaría Cuarta de Familia se encontró que el nivel más prevalente es el de Ansiedad Leve, equivalente al

38,10%. Sin embargo, es importante distinguir que los niveles de Ansiedad Moderada y Severa son padecidos por porcentajes significativos de las mujeres reportadas por ésta última institución, ya que éstos representan el 33,33% y 28,57% respectivamente. Con relación a éste punto, se considera que el tipo de atención ofrecida en las instituciones puede llegar a influir directamente sobre los niveles de ansiedad experimentados por la población. En la institución Comisaría Cuarta IV de Familia, por ejemplo, se ofrecen medidas de protección policiva y audiencias ante la comisaria de familia en donde el agresor se compromete a cesar los maltratos físicos, psicológicos y o sexuales que haya impartido sobre la mujer; lo cual puede configurarse como un factor que aumenta la confianza y la sensación de seguridad en las mujeres, minimizando de ésta forma la intensidad en la que se presenta la ansiedad. Sin embargo, éstas medidas no son efectuadas en las ONG's y tal vez ésta sea la razón por la cual en dichas instituciones los niveles de ansiedad encontrados son más altos con respecto a los identificados en la población atendida por la entidad del distrito.

Con relación a las etapas del ciclo vital se encontró que la mayoría de las mujeres que pertenecen a la etapa del ciclo vital de Adulthood Temprana (45,45%) experimentan niveles de Ansiedad Leve; la mayoría de las mujeres que pertenecen a la etapa de Adulthood Intermedia (58,33%) experimentan niveles de Ansiedad Severa y la mayoría de las mujeres que pertenecen a la etapa de Adulthood Tardía (66,67%) experimentan niveles de Ansiedad Moderada, seguido el nivel de Ansiedad Severa con un porcentaje del 33,33%. Estos hallazgos permiten determinar que los niveles de ansiedad presentados por la muestra son directamente proporcionales a las etapas del ciclo vital cronológico en las cuales se encuentran las mujeres víctimas de violencia doméstica; evidenciándose un grado de vulnerabilidad de las mujeres adultas intermedias y tardías de padecer niveles moderados y severos de ansiedad.

Con relación al estrato, se evidencia un significativo grado de vulnerabilidad por parte de las mujeres víctimas de violencia doméstica que pertenecen al Estrato Socioeconómico No. 1, ya que el 47,83% de las mujeres que pertenecen a ese sector (11 casos) experimentan niveles de Ansiedad Severa con relación a los niveles de Ansiedad Moderada y Leve que se presentaron por igual en el 26,09% de los casos. Sin embargo, es importante determinar que el estrato socioeconómico no determina en su totalidad éste grado de vulnerabilidad en las mujeres que conforman la muestra, ya que se encontró que el nivel de Ansiedad Severa es a su vez experimentado por el 62% de las mujeres que pertenecen al Estrato Socioeconómico No.3 (5 casos).

Con relación a los niveles educativos, se encontró que éstos no influyen directamente en los niveles de ansiedad experimentados por las mujeres que conforman la muestra. Los resultados demuestran que el nivel de Ansiedad Severa puede ser padecido tanto por mujeres que posean el nivel educativo de Técnico Completo (representado en los resultados del BAI en el 100% de los casos que pertenecen a éste nivel educativo) como por mujeres que posean estudios de Primaria Incompleta (representado en los resultados del BAI en el 100% de los casos que pertenecen a éste nivel educativo). El tipo de ocupación a su vez no parece interferir en el nivel de ansiedad experimentado, puesto que se encontraron porcentajes significativos de mujeres amas de casa pueden padecer niveles de Ansiedad Leve (10 casos), Moderada (7 casos) y Severa (11 casos).

Asimismo se encontró que las mujeres que conforman la muestra que son víctimas de dos o más modalidades de violencia como la combinación <<violencia física y psicológica>> y la combinación <<violencia física, psicológica y sexual>> poseen un mayor grado de

vulnerabilidad de experimentar el nivel de Ansiedad Severa, evidenciado en el 50,% y 100% de los casos respectivamente.

11. RECOMENDACIONES

Considerando los hallazgos del presente estudio a partir de los cuales se determina que el 43,24% de la muestra experimenta el nivel de Ansiedad Severa, y la información obtenida a partir de las Entrevistas de Indagación Externa (Anexo No. 3) se sugieren las siguientes recomendaciones:

Los resultados de la investigación demuestran que la ansiedad puede ser presentada en niveles severos por mujeres víctimas de violencia doméstica, por lo cual se motiva a la comunidad científica de la ciudad de Barranquilla a realizar estudios que permitan determinar las implicaciones que ésta consecuencia psicológica produce en el desarrollo integral de las víctimas de la Violencia Doméstica.

A su vez, teniendo en cuenta que el grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica que presentaron en su mayoría niveles de ansiedad severa fueron aquellas reportadas por la Comisaría Cuarta de Familia de la Ciudad de Barranquilla, se recomienda que las ONG's que desarrollan trabajos de atención a mujeres víctimas de ésta problemática se articulen de forma práctica a la ruta de atención a la mujer maltratada ofrecida por las entidades del distrito; ya que las medidas de protección policial y audiencias en donde el agresor se compromete a no violentar más a la víctima y la atención psicológica diferenciada ofrecidas por la Comisaría, pueden ser elementos que generan confianza en las víctimas y por ende menos niveles ansiosos.

Así mismo, se identificaron factores de vulnerabilidad para la aparición de niveles severos de ansiedad en las mujeres que conforman la muestra, como son la etapa del ciclo vital, el

estrato socioeconómico y la presencia de dos o más modalidades de violencia. Por esta razón se sugiere que las instituciones que ofrecen atención a víctimas de violencia doméstica desarrollen tratamientos diferenciados para el manejo de la ansiedad que contemplen las características y diferencias evolutivas bio-psico-sociales de dichas víctimas, así como el contexto socioeconómico y la complejidad del caso de violencia.

Otra recomendación importante es que sean implementados protocolos de Detección Temprana y Atención Oportuna de la Ansiedad producto de la Violencia Doméstica contra la Mujer. Para este fin se motiva a las instituciones del Distrito de Barranquilla y ONG's a crear y ejecutar protocolos de Diagnóstico y Tratamiento de la ansiedad que es padecida por las mujeres maltratadas a nivel físico, psicológico y/o sexual que son atendidas en sus sedes.

Se sugiere tener en cuenta la posibilidad de implementar tratamientos a nivel cognitivo-conductual, teniendo en cuenta el papel significativo que cumplen los esquemas mentales y pensamientos automáticos de sobre-generalización y maximización de la tragedia en la generación de Ansiedad. Un estudio de caso único sobre la comorbilidad entre depresión, ansiedad y trastorno de personalidad por dependencia demuestra que de la intervención cognitiva es eficaz para incrementar estrategias para afrontar situaciones como problemas de tipo social, interpersonal y familiar en pacientes con niveles significativos de ansiedad; así como en la disminución de síntomas específicos de dicha consecuencia psicológica, como son taquicardia, hormigueo, miedo a perder el control, entre otros (Abello, 2011).

Haciendo un empalme entre la teoría cognitiva de la ansiedad de Aaron Beck y la situación vital de las mujeres víctimas de violencia doméstica que experimentan sesgos en el procesamiento de la información debido a la ansiedad que experimentan, se infiere que la

ansiedad es adecuada sólo en la medida en que permite prever y evitar los eventos de peligro de maltrato doméstico debido a que ocurrieron y pueden volver a suceder; este estado de alerta permite las actitudes de buscar ayuda, denunciar al victimario e inclusive huir del epicentro de la violencia. A pesar de esta realidad, las excesivas sobre-generalización y maximización de lo que podría acontecer en un futuro (la muerte, por ejemplo) reforzada por los esquemas mentales de magnificación de la tragedia, desencadena síntomas somáticos mediados por el temor y que imposibilitan la adaptación al medio y por ende, la planificación e implementación de vías de escape de la situación de violencia. Teniendo en cuenta estas consideraciones, es importante que los tratamientos para el manejo de la ansiedad empleados por las instituciones minimicen la generación de éstos pensamientos (evitar discurso amenazante al momento de atender a mujeres maltratadas), y estimulen en ésta población niveles de consciencia sobre la situación de violencia que se encuentran experimentando para que logren tomar decisiones de escape a partir de las agresiones sufridas en el momento presente, mas no basándose en premisas irreales acerca de lo que en un futuro podría llegar a suceder.

Finalmente, se sugiere el desarrollo de espacios investigativos a nivel público y privado a través de los cuales las instituciones del Distrito de Barranquilla y ONG's creen grupos de estudio en la temática de la Violencia Doméstica y su relación con la Ansiedad como consecuencia psicológica que produce inadaptabilidad cotidiana, así como generar nuevas investigaciones que se articulen con la presente investigación para crear el punto de partida del estudio de las implicaciones de ésta problemática a nivel local y nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abello, Daniella. Comorbilidad: Depresión, ansiedad y trastorno de personalidad por dependencia. Estudio de caso único. Barranquilla, 2011. ISSN: 2148-9258.

Abrahams, Hilary. Humphreys, Cathy. Supporting Women After Domestic Violence: Loss, Trauma and Recovery. ISBN: 978-1-84310-431-5.

Alonso, Edurne. Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica con Trastorno de Estrés Postraumático: Validación Empírica de un Programa de Tratamiento. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 2007. ISBN: 978-84-669-3148-9.

Amor, Pedro; Echeburúa Enrique; De Corral, Paz; Sarasua, Belén; Zubizarreta, Irene. Maltrato Físico y Maltrato Psicológico en Mujeres Víctimas de Violencia en el Hogar: Un Estudio Comparativo. Universidad del País Vasco. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2001, Volumen 6.España, 2001. ISSN: 1136-5420/01.

Anderson, Kristin. Theorizing Gender in Intimate Partner Violence Research. Springer Science & Business Media, Inc. Washington, 2005. DOI: 10.1007/S11199-005-4204-x.

APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd. Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

Arenal, Concepción. La Mujer del Porvenir. España, 2011. ISBN: 978-84-9897-643-4. Red Ediciones S.L.

Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer -Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

Documento en Línea en:
[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp)Consulta: 15-10-2011.

Asamblea de Representantes del Distrito Federal. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Gaceta Oficial del Distrito Federal. México D.F., 1996.

Bandura, A. SelfEfficacy: TheExercise of self control. WH Freeman. NY, 1977.

Bandura, A. Social Learning Theory. Prentice Hall. Upper Saddle River, NJ, 1997.

Barlow, David. Anxiety and its Disorders: the Nature and Treatment of Anxiety. TheGilfordPress. New York, 2004. ISBN: 1-57230-430-8.

Branchs, María A. Violencia de Género. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, Volumen II. Caracas, 1996.

Caballo, Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid, 2007. Siglo XXI de España Editores. ISBN: 978-84-323-0943-4.

Carrasco, Inés y Espinar, Isabel. Trastorno de Ansiedad y Género. Ed. No. 31. Revista Mente y Cuerpo. España, 2008. Editorial Prensa Escrita, S.A. Muntaner, 339 pral. 1°. ISSN 1695-0887. Dept legal: B.39.017-2002.

Congreso de Colombia. Ley 575 de 2000. Diario Oficial No. 43.889. El Abedul. Bogotá, 2000.

Congreso de Colombia. Ley 1142 de 2007. Diario Oficial No. 46.673. El Abedul. Bogotá, 2007.

Congreso de Colombia. Ley 1257 de 2008. Diario Oficial No. 47.193. El Abedul. Bogotá, 2008.

Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Buenos Aires, 2009.

Cullen W. First Line son the Practice of Physic. Brookfield, MA, E Merriam, 1807.

Dan J, Stein y Eric Hollander. Tratado de los Trastornos de Ansiedad. Editorial Lexus. ISBN: 84- 97-06- 069- 5.

Dennerstein, Lorraine; Astbury, Jill. Morse, Carol. Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. World Health Organization Geneva, 1993. WHO/FHE/MNH/93.1. Distr.: General.

Departamento Nacional de Planeación. Política Nacional Para la Construcción de Paz y Convivencia Familiar – Haz Paz: CONPES DNP-3077-UDS. Bogotá, 2000.

Eissen JL, Rasmussen SA: OCD and Compulsive Traits: Phenomenology and Outcome, in 1991 new research program and abstracts, American Psychiatric Association 144th Annual Meeting, New Orleans, LA, May 11 – 16, 1991. Washington, DC. APA, 1991.

French, Stanley; Teays, Wanda; Purdy, Laura. Violence Against Women: Philosophical Perspectives. Cornell University Press. United States of America, 1998. ISBN: 0-8014-3441-6.

Freud, Sigmund. On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under de Description “Anxiety Neurosis”.(1895) In Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Edited by Strachey J. London, Hogart Press, 1961, pp 12-66.

Garfield, Gail. Knowing What We Know: African American Women’s Experiences of Violence and Violation. Rutgers University Press. New Jersey, 2005. ISBN-13: 978-0-8135-3660.

Godenzi, Alberto; De Puy, Jcqueline. Overcoming Boundaries: A Cross-Cultural Inventory of Primary Prevention Programs Against Wife Abuse and Child Abuse. Journal of Primary Prevention; USA, 2001.

Gomel, Michelle. A Focus on Women. World Health Organization Geneva. 1997.

González Bustillo, Leidy. La Violencia Intrafamiliar en el Departamento del Atlántico desde la Óptica Socio-jurídica. Universidad Autónoma del Caribe. Barranquilla, 2011.

Grupo Interagencial ONU México. Violencia de Género: Un obstáculo para el cumplimiento de los derechos de las mujeres. Ficha Informativa Sobre Género y Desarrollo No. 3.

Hellriegel y Slocum. Comportamiento organizacional. Editorial CENAGE Learning. Querétaro, 2009. ISBN: 978-970-830-00-3-2.

Herazo, Benjamín. Consentimiento Informado para Procedimientos, Intervenciones y Tratamientos en Salud. Ecoe Ediciones.

Jagoe, Catherine; Blanco, Alda; Enriquez de Salamanca, Cristina. La Mujer en los Discursos de Género. Icaria Editorial, S.A. ISBN: 84-7426-373-5. Barcelona, 1998.

Jefatura del Estado de España, 2004. Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. Documento en línea en. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo1-2004.tp.html#a2 Consulta: 15-04-2013.

Johnson, Janet Elise. Gender Violence in Russia: The Politics of Feminist Intervention. Indiana University Press. Bloomington, Indiana, 2009. ISBN: 978-0-253-32593-8.

Labrador, Francisco; Alonso, Edurne. Eficacia a Corto Plazo de un Programa de Intervención para el Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia Doméstica. Universidad Complutense de Madrid, 2007. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12. ISSN: 1136-5420/07.

Montorio Cerrato, I; Nuevo Benitez, R; Losada Baltar, A; Márquez González, M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la

comunidad. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid. *MAPFRE MEDICINA*, 2001; vol. 12, n.º 1.

Moya, Miguel; Expósito, Francisca. *Aplicando la Psicología Social*. Ed. Pirámide, 2005. ISBN: 9788436819489.

Ministerio de la Protección Social. *Estudio Nacional de Salud Mental – 2003*. Cali, 2005.

ISBN: 958-33-73-70-2. Documento en línea en: http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf Consulta: 10-09-2013.

Naciones Unidas. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Nueva York, 1996. ISSN 92-1-330155-3.

Patrón Hernández, Rosa; Corbalán Berná, Francisco; Limaña Gras, Rosa. *Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia*. Universidad de Murcia, España, 2007. ISSN: 0212-9728.

Posada-Villa, José; Buitrago-Bonilla, Jenny; Medina-Barreto, Yanithza; Rodríguez-Ospina, Marcela. *Trastornos de Ansiedad según Distribución por Edad, Género, Variaciones por regiones, Edad de Aparición, Uso de Servicios, Estado Civil y Funcionamiento/Discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia*. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Bogotá, 2006. ISSN: 1794-2470.

Reyes-Ticas, Américo. *Trastornos de Ansiedad: Guías Prácticas para Diagnóstico y Tratamiento*. Honduras, 2012. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Roberts, Albert R. Battered Women and Their Families; Intervention Strategies and Treatment Programs. Springer Publishing Company LLC. P 29.3rd Edition. 2007. New York, NY. 2007. Isbn: 978- 0- 8261- 4592-5.

Rojas, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Plaza y Valdés Editores. México, 2008. ISBN: 968-856-262-5.

Sanz, Jesús. Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Anales de psicología. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, España. Murcia, Copyright 1993. ISSN: 0212-9728.

Sanz, Jesús; Paz García- Vera, María; Fortun, María. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. Fundación VECA, AsociacionPsicologia Iberoamericana de Clinica y Salud. COPYRIGHT 2012.

Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República de Paraguay. Convención Interamericana para Prevenir, Sancional y Erradicar la Violencia Contra la Mujer: Convención de Belém do Pará. Asunción, 2010.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. XIII Congreso SESPAS“Tiempos para la salud pública”. Documento en Línea en: <http://www.sespas.es/congresosevilla2009/GacetaSESPAS.pdf> Consulta: 15-10-2011.

United Nations. Report of the World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. New York, 1986.

ISBN: 92-1-130104-1

Villavicencio, Patricia. Battered Women: Concept and Assessment. Documento en Línea en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-13355-001> Consulta: 15-10-2011.

World Health Organization. Violence Prevention: The Evidence. Center of Public Health.

ISBN: 978-92-4-150084-5.

World Health Organization. World Report on Violence and Health: Summary. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2002. ISBN: 92-4-154562-3.

ANEXOS

❖ Anexo 1. Inventario de Ansiedad de Beck - BAI.

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)

(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)

(Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
<i>1. Entumecimiento u hormigueo</i>				
<i>2. Sensación de calor</i>				
<i>3. Temblor en las piernas</i>				
<i>4. Incapacidad para relajarse</i>				
<i>5. Miedo a que ocurra lo peor</i>				
<i>6. Vértigo o mareo</i>				
<i>7. Palpitaciones</i>				
<i>8. Inestabilidad</i>				
<i>9. Terror</i>				
<i>10. Nervios</i>				
<i>11. Sensaciones de ahogo</i>				
<i>12. Temblor de manos</i>				
<i>13. Inestabilidad</i>				
<i>14. Miedo a perder el control</i>				
<i>15. Dificultades para respirar</i>				
<i>16. Miedo a morir</i>				
<i>17. Pánico</i>				
<i>18. Indigestión o molestias en el abdomen</i>				
<i>19. Sensación de desmayo</i>				
<i>20. Rubor en la cara</i>				
<i>21. Sudor (no debido al calor)</i>				

❖ **Anexo 2. Formato del Consentimiento Informado para la muestra.****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....a través del presente accedo a participar en la investigación “*Prevalencia de los Niveles de Ansiedad Experimentados por Mujeres víctimas de Violencia Doméstica*”, que se está desarrollando a partir del Comité de Investigación Cultura, Educación y Sociedad - CES del Programa de Psicología de la Universidad de la Costa - CUC.

Esta investigación tiene como objetivo describir los principales niveles de ansiedad que presentan mujeres que hayan sido víctimas de agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas en su entorno familiar.

Mi compromiso consiste en disponer del tiempo necesario para completar los cuestionarios a) Encuesta de Violencia Doméstica y b) Inventario de Ansiedad de Beck, los cuales serán administrados por los investigadores en el espacio dispuesto por la Fundación CEDESOCIAL.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

Tengo conocimiento que mi participación es libre y voluntaria, que puedo retirarme en el momento en el que lo desee sin que esto tenga consecuencias indeseables para mí.

Además se me ha asegurado total confidencialidad y anonimato de la información obtenida, como también que estos datos no serán utilizados para un objeto distinto a la investigación anteriormente mencionada.

Como contraprestación, tengo derecho a conocer los resultados finales si así lo solicito. Además estoy conciente que estos podrán utilizarse para divulgación científica en forma verbal o escrita.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento, para constancia firmo en _____ (ciudad) el _____ del mes de _____ de 20_____

Firma _____

Documento C.C No. _____

❖ **Anexo 3. Formato de Entrevista de indagación externa.**

ENTREVISTA DE INDAGACIÓN EXTERNA

Institución: _____

Nombre funcionario: _____ **Fecha:** _____

Cargo: _____ **Departamento:** _____

1) ¿Cuál es la misión de la institución?

2) ¿Qué población es atendida por esta institución?

3) ¿Atienden casos de violencia contra la mujer?

Si: _____ **No:** _____

4) ¿Qué modalidades de violencia contra la mujer (doméstica, laboral, pública) se presentan con más frecuencia?

5) ¿Cuáles son las manifestaciones de violencia doméstica (física, psicológica, sexual) que se presentan con más frecuencia?

6) ¿Qué efectos psicológicos de la violencia doméstica han sido registrados? (Enumerar).

7) ¿Han registrado casos de ansiedad (registro clínico) experimentados por mujeres víctimas de de la violencia doméstica?

Si: _____ No: _____

- Para respuestas afirmativas:

Citar estadística interna.

8) ¿En esta institución tienen conocimiento de que la ansiedad es una de las consecuencias más comunes de la violencia doméstica contra la mujer?

Si: _____ No: _____

- Para respuestas afirmativas:

Citar fuente de referencia.

9) ¿Tienen conocimiento de que la ansiedad producto de la violencia doméstica contra la mujer compromete la salud mental y genera inadaptabilidad cotidiana en sus víctimas?

Si: _____ No: _____

- Para respuestas afirmativas:

Citar fuente de referencia.

10) ¿Con qué infraestructura física y didáctica se cuenta para atender a las mujeres víctimas de violencia doméstica?

11) ¿De qué profesionales dispone esta institución para atender a dicha población?

12) ¿Existe algún protocolo para la detección temprana de la ansiedad que viven mujeres víctimas de violencia doméstica?

Si: _____ No: _____

- Para respuestas afirmativas:

¿Cuales son los criterios de detección temprana (sintomatología) de la ansiedad contemplados en dicho protocolo?

13) ¿Existe algún protocolo para la atención oportuna de la ansiedad que viven mujeres víctimas de violencia doméstica?

Si: _____ No: _____

- Para respuestas afirmativas:

¿Cuál es el enfoque psicológico que direcciona dicho protocolo en la atención oportuna de la ansiedad?

- Firma investigador _____
Documento C.C No. _____

- Firma funcionario _____
Documento C.C No. _____

❖ **Anexo 4. Formato del Consentimiento Informado para la Indagación Externa.****CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INDAGACIÓN EXTERNA**

Yo.....a través del presente accedo a participar en el desarrollo de la investigación “*Prevalencia de los Niveles de Ansiedad Experimentados por Mujeres víctimas de Violencia Doméstica*”, que está siendo desarrollada por el Comité de Investigación Cultura, Educación y Sociedad - CES del Programa de Psicología de la Universidad de la Costa – CUC en convenio con la Fundación CEDESOCIAL.

Esta investigación tiene como objetivo describir los principales niveles de ansiedad experimentados por mujeres que hayan sido víctimas de agresiones físicas, sexuales y/o psicológicas en su entorno familiar.

Mi compromiso consiste en disponer del tiempo necesario para responder las preguntas que el investigador administre a través de una única entrevista, la cual tiene como finalidad conocer los procesos de atención a mujeres víctimas de violencia doméstica realizados por la institución que represento.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

Tengo conocimiento de que mi participación es libre y voluntaria. Además se me ha asegurado total confidencialidad y anonimato de la información obtenida, como también que estos datos no serán utilizados para un objeto distinto a la investigación anteriormente mencionada.

Como contraprestación, tengo derecho a conocer los resultados finales si así lo solicito. Además estoy consciente que estos podrán utilizarse para divulgación científica en forma verbal o escrita.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento, para constancia firmo en _____ (ciudad) el _____ del mes de _____ de 20_____

Firma _____

Documento **C.C No.** _____