



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA**

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

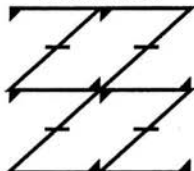
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :
JESÚS MARCO VINICIO GIRÓN MORALES**

**DIRECTOR:
LIC. LEONEL ROMERO URIBE**

**DE ESTUDIOS
SUPERIORES
FACULTAD DE
ZARAGOZA
SECRETARIA
TÉCNICA
PSICOLOGIA
MARZO DE 2004**

**UNAM
FES
ZARAGOZA**



**LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXION**

MÉXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL **AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGIA

TITULO: "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR" MODELO DE INTERVENCIÓN EN
CRISIS PARA CAVI.

OPCION DE TITULACION: INFORME DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL: DEL 14 DE ENERO AL 4
DE NOVIEMBRE DEL 2002.

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL: CENTRO DE ATENCIÓN A
LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI) PROCURADURÍA GENERAL DE
JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.

AREA: SOCIAL.

ELABORACIÓN DEL PROYECTO: MARZO DEL 2004.



UNIVERSIDAD NACIONAL **AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGIA

**TITULO: "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR" MODELO DE INTERVENCIÓN EN
CRISIS PARA CAVI.**

ALUMNO: JESÚS MARCO VINICIO GIRÓN MORALES

No. CUENTA 9216989-4 TEL. 57-63-23-09

DIRECTOR: LIC. LEONEL ROMERO URIBE TEL. 56-23-05-26

OPCIÓN DE TITULACIÓN: INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL: DEL 14 DE ENERO AL 4
DE NOVIEMBRE DEL 2002.**

**LUGAR DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL: CENTRO DE ATENCIÓN A
LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (CAVI) PROCURADURÍA GENERAL DE
JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.**

AREA: SOCIAL.

ELABORACIÓN DEL PROYECTO: MARZO DEL 2004.

AGRADECIMIENTOS.

En este trabajo reconozco y agradezco a las siguientes personas:

A las mujeres víctimas de maltrato que con sus experiencias donde pude palpar el dolor humano en su mas alto esplendor, me ofrecieron en primer lugar un crecimiento como hombre y en segundo lugar como profesional.

A las psicólogas Patricia, Norma y Yolanda que con su experiencia y amistad me facilitaron el proceso de servicio social.

A la Lic. Soledad Rodríguez quién con paciencia y con su basta experiencia me enseñó de una forma tan humana el abordaje a las víctimas de maltrato intrafamiliar.

A la Lic. Maritza Arciniega quién desde que llegue al Centro me mostró un ejemplo y un verdadero compromiso en la Atención a los usuarios de CAVI.

A la Lic. Amada Domínguez, a quien se le conoce como la Mujer que ayuda a las Mujeres, yo añadiría, y a los hombres también, gracias por su valioso ejemplo.

Al Lic. Padrón quien me apoyo en el proceso de realización del servicio social.

A la Lic. Silvia Santillán, quien me ha contagiado de esa hermosa actitud de sacar siempre algo bueno de lo malo.

Al Lic. Leonel Romero que con paciencia y un verdadero compromiso aceptó dirigir este trabajo de titulación.

A mis Sinodales Lic. Alejandra Luna, Juan Martínez, Alberto Patiño y Eliud Escobedo, por su paciencia y compromiso docente, que lo reflejaron dentro y fuera de la escuela.

A mi hermano Haberth quien con su ejemplo de cabeza de hogar a continuado con los pasos de mamá. Y así me ha confirmado que su esfuerzo no fue en balde.

A mi tío Bernardo quien desde el principio de la carrera recibí de su apoyo y ánimo solícito. Y que además con la computadora que me obsequió al inicio de mi primer semestre, es con la que concluyo estas líneas.

A ti mamita a quien ya no le pude mostrar mi graduación profesional ni la de hombre en la escuela de la vida, te doy gracias... “nunca creí seguir tus pasos”.

A ti papá de quien he aprendido a ser íntegro, generoso y valiente. “el hierro se afila con hierro y el hombre con otro hombre” Prov. 27:17.

Y a ti que figuras ser el último, pero bien sabes que eres el primero y que yo se bien que sin ti, esto no hubiese sido posible. Gracias por llamarme de las tinieblas a tu luz admirable y darme el honor y el privilegio de servir a otros que se duelen. Gracias Señor Jesucristo.

Jesús dijo: los que están buenos y sanos no necesitan médico, sino los enfermos. Yo no he venido a llamar a los buenos sino a los pecadores, para que se vuelvan a Dios. Luc: 5:31.

Cualquier crisis que enfrentemos en nuestra vida es una magnífica oportunidad, ya sea para regresar o para superar la situación, nos damos cuenta quien verdaderamente somos y con quien contamos, y recordando aquel viejo proverbio:

“CUANTO MAS OSCURO ESTA, ES POR QUE YA VA A AMANECER”.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA
CAVI

INDICE.

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO 1.	
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	
1.1 CONTEXTO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	13
1.2 MODELO CAVI.....	17
1.2.1 TIPOS DE MALTRATO.....	17
1.3 CIRCULO DEL MALTRATO.....	19
1.4 LA FAMILIA.....	20
1.5 CAUSAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	21
1.5.1 DISPARADORES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	22
1.6 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	23
CAPITULO 2.	
PSICODINÁMICA DEL MALTRATO EN LA PAREJA	
2.1 RELACIONES DE PAREJA.....	25
2.2 ESPACIOS VITALES.....	27
2.3 EL HOMBRE VIOLENTO.....	28
2.3.1 PSICODINAMICA DEL AGRESOR.....	29
2.4 CREENCIAS Y EXPERIENCIA DE LA MUJER MALTRATADA.....	30
CAPITULO 3.	
LA LEY Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.	
3.1 ASPECTOS PSICODINÁMICOS (CAVI).....	32
3.2 LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA V.F.....	33

CAPITULO 4.

EXPERIENCIA EN MÉXICO ACERCA DE LA TERAPIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

4.1 EXPERIENCIA EN MÉXICO.....	35
4.2 DIFICULTAD EN TERAPIA CON HOMBRES.....	36
4.3 DIFICULTAD EN TERAPIA CON MUJERES.....	36
4.4 TERAPIA GESTALT (CAVI).....	37

CAPITULO 5.

OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA DE LA FESZ.....	39
5.2 OBJETIVOS DE CAVI.....	39
5.3 OBJETIVOS PERSONALES DEL PRESTADOR DE SERVICIO.....	39
5.4 CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	39
5.5 METODOLOGÍA DEL SERVICIO SOCIAL, POBLACIÓN ATENDIDA.	41

CAPITULO 6.

INTERVENCIÓN EN CRISIS.

6.1 MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	44
6.2 PRINCIPIOS CLINICOS.....	51
6.3 PRIMER Y SEGUNDO ORDEN.....	54
6.4 DISEÑO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.....	59
6.5 PROPUESTA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN	60
6.6 CARTA DESCRIPTIVA DE LAS SESIONES.....	70
CONCLUSIONES FINALES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXO DEL PROCESO TERAPÉUTICO.....	83
ANEXO DEL METODO DE INTERVENCIÓN.....	87
ANEXO DE CUESTIONARIOS DE SESION.....	92

RESUMEN

En este trabajo se comentan las actividades que abarca el proceso de la realización del Servicio Social en el Centro de atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), en donde se atiende a las víctimas de Violencia Intrafamiliar, ya sean mujeres, niños o adultos mayores. Y en donde las actividades como prestador de Servicio Social incluyeron: realización de entrevistas iniciales, reportes e impresiones psicológicas, interpretación de test psicológicos, canalización de usuarios a otros centros de la PGJDF, así como la asistencia como coterapeuta en el proceso de atención de víctimas. Dentro del periodo de realización del Servicio se observó una problemática importante, debido a que no se cuenta con un modelo de Intervención en Crisis en este Centro, esto hace que el profesional de trabajo social, primera persona que recibe al usuario, confunda a una persona que rompe en llanto por la carga de tensión o angustia, con un caso de intervención en crisis y por esta razón de inmediato se envía al departamento de Psicología y debido a la falta de personal, así como a la falta de un modelo de intervención en crisis conlleva a que no se le atiende de una manera adecuada y esto conduce a que se le pida al pasante en psicología que solamente lo escuche. De aquí que se propone un modelo de Intervención en Crisis para CAVI, basado en el trabajo de Lazarus (1976-1981), en donde se utiliza la terapia multimodal en la crisis, ya que examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos de cualquier crisis en la usuaria. La terapéutica se compone de cuatro actividades de resolución de crisis: Supervivencia física, Expresión de sentimientos, Dominio cognoscitivo, y Adaptación conductual – interpersonal. Ésta intervención se presenta en modalidades de primer orden que incluye una sesión y esta dirigido a capacitar a las trabajadoras sociales, su fin es salvaguardar la vida de la usuaria y asegurar la atención psicoterapéutica de CAVI. La otra modalidad es la intervención de segundo orden, en donde se tiene por objetivo reestablecer el equilibrio emocional que la usuaria tenía en un principio antes de la crisis, además de capacitar a los psicólogos y pasantes de servicio social para estos casos. Este modelo estará limitado únicamente para mujeres víctimas de maltrato dentro una edad de 18 a 50 años, esto debido las características de la problemática y de las víctimas, incluirá una sesión para el primer orden y cinco sesiones, para el segundo orden, llevando a facilitar el término del proceso terapéutico, reduciendo de una forma eficaz el alto índice de deserción por parte de las usuarias. La estructura de este modelo está apoyada en una revisión literaria de trabajos específicos en intervención en crisis y que se adapta para el caso de este Centro. Por último se señala que los resultados de este trabajo quedan abiertos a retomarse para afinar detalles a este modelo, se espera que con propuestas como esta se atiende con prontitud la crisis en la víctima y que así pueda llegar a ser un medio eficaz para apoyar a los profesionales que atienden la Violencia Intrafamiliar.

INTRODUCCIÓN.

El fenómeno de la violencia y el maltrato dentro del ámbito familiar no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que ha sido una característica de la vida familiar tolerada, aceptada desde tiempos remotos. Las expresiones de “niños maltratados”, “mujeres golpeadas” o “abuso sexual” en décadas anteriores fueron comprendidas, pero nunca fueron consideradas como graves problemas sociales.

Hacia fines del siglo XIX, factores como la industrialización, la urbanización y la inmigración contribuían a la emergencia de nuevos problemas sociales, a la intensificación de los ya existentes y a nuevas formas de conciencia pública acerca de ellos.

Diversas teorías se dieron a la tarea de localizar el origen de la violencia, entre ellas tenemos a las teorías innatas y las teorías sociológicas en donde cada una de ellas propone su origen.

En las últimas investigaciones realizadas sobre los modelos de atención se ha encontrado el abordaje de varios enfoques, entre los más comunes han sido los que a continuación se mencionan.

Por su parte el Psicoanálisis explica que las vicisitudes de cada recorrido pulsional dependen de la constitución singular de cada sujeto. La pulsión humana (tanto agresiva como sexual) busca un objeto, pero no está ligado a ninguno fijo.

Los cognoscitivistas agregan otro elemento al análisis del fenómeno: “el ser humano no reacciona frente a los estímulos, sino frente a la interpretación que hace de ellos.

Aunado a esto la perspectiva constructivista suma que para poder entender una conducta agresiva, al observador externo no le resulta suficiente conocer la situación donde la conducta se produce, necesita saber cuál es el significado que ese sujeto adjudica a esa situación

En un estudio llevado a cabo por Díaz Guerrero (1966, citado por Díaz Loving, 1977), en donde con 1200 niños de 7 naciones distintas se encontró que la agresión es aprendida de acuerdo con las premisas histórico-socioculturales de cada nación, también se encontró que los niños mexicanos, tienen ya todo un repertorio de respuestas frente a la violencia. Encontraron que la agresión y la violencia física son más comunes en las clases bajas que en las clases media o alta. Que los hombres a diferencia de las mujeres aprenden con mayor frecuencia conductas agresivas teniendo el reforzamiento y reconocimiento debido al rol masculino: valiente, agresivo, competitivo, poco expresivo, proveedor, etc.

Las explicaciones acerca del origen de la violencia como se vio anteriormente es muy compleja, ya que se observan los extremos entre lo innato y lo social, por tal motivo lo que se ha hecho es complementar estos dos aspectos buscando acercarse a algo más específico. Sin embargo la violencia no se detiene y cada día observamos que en las familias esta presente y se incrementa en intensidad y frecuencia.

Es importante mencionar que las causas de la violencia que originalmente se consideraban, como las más importantes, es decir, los factores de índole cerebral y bioquímico, han ido perdiendo, cada vez mas determinismo, al observarse que aunque pueden predisponer por si mismo, no son determinantes, en la elección de la victima, así mismo, se ha observado, que los tratamientos de índole farmacológicos, no son tan eficaces, como lo son otro tipo de intervenciones como es el caso de las terapias de grupo.

La violencia no toma en cuenta diferencias de etnia, religión, edad, género, ni tampoco nivel socioeconómico. Podemos experimentarla o encontrarla en el trabajo, en la comunidad y en nuestro propio hogar.

Lamentablemente existen muchas familias que no viven relaciones cordiales, respetuosas, justas y amorosas. La incapacidad para enfrentar sus problemas personales que cotidianamente les aquejan, lleva al individuo a reaccionar de forma violenta, hasta llegar a la Violencia Familiar. Sin embargo por ser un problema de tipo "íntimo", está mal visto hablar de éste fuera del ámbito familiar, ya que la "ropa sucia se lava en casa".

La Violencia Familiar se ha dejado de ver como algo natural, normal y sin remedio, ya que este problema se considera uno de los disparadores de la Violencia social. Y considerando a la familia como núcleo de la sociedad, donde ésta es también generadora de violencia, debido a los problemas sociales como; desempleo, marginación, etc.

(Corsi, 1994), refiere que la Violencia Familiar comenzó a tematizarse como problema social grave a comienzos de los años 60, en el comienzo de los años 70, la creciente influencia del movimiento feminista resultó decisiva para atraer la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, progresivamente se empezó a descorder el velo sobre otros fenómenos.

Ante tal situación las instituciones educativas, así como el Gobierno de la Ciudad de México han comenzado a preparar un plan de atención a este problema de la Violencia Familiar, por nombrar algunas, la Secretaría de Desarrollo Social ha formulado un programa de Atención y Sensibilización sobre la Violencia Familiar, así mismo, la SEP, consciente de la relevancia del problema, lanzó una serie de libros donde se dedica un tomo para dicho problema.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría en su ponencia "La psiquiatría y el año 2000", y en coordinación con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal mencionaron que para el nuevo milenio habrá aproximadamente, casos de violencia intrafamiliar en el país en un 60% de las familias, todo esto de acuerdo al incremento de la violencia en los últimos años. Whaley (2001).

Con todo esto nos damos cuenta de la relevancia social que presenta esta problemática y que nos incluye como participantes de esta sociedad a pensar en la prevención de la Violencia Familiar. Ya que aún cuando existen programas de prevención, éstos no cumplen su cometido, debido a la falta de difusión y al gran hermetismo por parte de las instancias que los elaboran y los llevan a cabo.

Esta falta de eficacia de los programas de prevención se observa en las campañas fallidas que tienen por objetivo prevenir y animar a la denuncia. Uno de los motivos es la falta de continuidad de estos programas.

No tenemos que olvidar que la Violencia Intrafamiliar es un problema multifactorial que afecta a la sociedad en su conjunto y por ende, la solución depende de todos los que integramos esta sociedad, grupo social y familia.

En este caso como profesional y desde la perspectiva psicológica es que se elaboró este trabajo para contribuir a la atención de esta problemática.

Leyva (1999), en su investigación sobre modelos de atención que no existe unificación en la información, así mismo que hay un pobre sustento bibliográfico en los modelos de atención, siendo difícil tener un panorama global del problema y su atención, así también menciona que en algunas instituciones no se obtuvo información, y donde observó que el material con el que se trabaja en estas instituciones se guarda con un gran hermetismo. Ésta situación perjudica ya no sólo, la intervención sino además, la prevención.

Por otro lado ninguna estrategia o abordaje sobre la prevención de la violencia ha sido suficiente o efectiva para prevenirla. Promover una sociedad más saludable y equilibrada requiere pensar en dar cambios en todo el sistema y aún en cada nivel de éste.

La experiencia recibida durante la estancia en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), en las actividades como prestador de servicio (atención a víctimas de violencia Intrafamiliar; entrevistas, valoraciones iniciales, apoyo en dictámenes y reportes psicológicos, apoyo como coterapeuta), despertó un anhelo por conocer el grado de prevención con el que se trabaja, así mismo conocer los recursos terapéuticos con los que se dispone, ya sea para atender los procesos terapéuticos en curso o las entrevistas de primera vez que se realizan en este Centro.

En el Centro de Atención de la Violencia Intrafamiliar (CAVI), una de las problemáticas más importantes que resaltaba en el servicio ofrecido al público giraba en torno a que el apoyo ofrecido por esta institución es de una forma multidisciplinaria, en donde los departamentos de trabajo social, psicología y legal no cuentan con un modelo de intervención en crisis. Esto provocaba una carga de trabajo tanto en el departamento de trabajo social como en el de psicología, pero al no contar con personal capacitado para estos casos se optaba únicamente por que un prestador de servicio se concretara solamente a escuchar al usuario.

Debido a esta problemática observada en CAVI, surge la necesidad de formular un modelo de intervención en crisis que se adecúe a las necesidades observadas en la práctica.

En el caso de este trabajo donde se tiene por objeto principal reportar las actividades realizadas durante el proceso de servicio social y además se aporta un modelo de intervención en crisis que beneficiaría en un primer momento a las trabajadoras sociales en la decisión de canalizar a un usuario (a) al departamento de psicología, en un segundo momento sería un modelo que ofrezca una opción de saber cómo intervenir, ya sea por un psicólogo o un prestador de servicio. Además de esta aportación, se incidirá en bajar el índice de deserción que existe en CAVI, ya que la propia institución acepta que cuenta con una deserción del 50%, dentro de su programa de atención a las víctimas de maltrato, aunado a esto hacen énfasis en las limitaciones de espacio y económicas que impiden que se cuente con el personal especializado en la detección y atención del problema. Whaley (2001).

De tal forma, este trabajo se estructurará de la siguiente manera:

En el primer capítulo se abordarán los siguientes temas: El contexto de la Violencia Intrafamiliar, (causas y consecuencias en la familia). En el segundo capítulo, se comentarán las relaciones de pareja, y la importancia de los espacios vitales. En el tercer capítulo, se hará referencia a los aspectos psicojurídicos de la violencia Intrafamiliar, se revisará la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Para el cuarto capítulo se abordará la experiencia de la terapia en México sobre la violencia intrafamiliar y el enfoque Gestalt, ya que éste se utiliza en CAVI. El quinto capítulo hará referencia a la metodología de la realización del Servicio Social en CAVI, como último y sexto capítulo se hará referencia a la propuesta del Modelo de Intervención en Crisis para CAVI.

CAPITULO 1

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1.1 Contexto de la Violencia Intrafamiliar.

En los principios de la civilización hasta la actualidad la violencia ha sido un fenómeno intrínseco en la historia del ser humano. A pesar de ello es un tema que ha permanecido oculto ya que se ha confundido con “ser amado”, se ha justificado y donde generalmente una conspiración silenciosa se establece alrededor de ella, ésto ocurre no importando si se habla de una violencia familiar, racial, social, de género, política, sexual, educativa, etc. Es así que por eso observamos una humanidad cuya historia se aborda en una repetición constante y cada vez más destructiva de actos violentos, puesto que debemos recordar que “Aquello que no se habla está condenado a repetirse” (INTEGRA, 1999).

La violencia familiar se consideró como problema social grave a principios de los años 60, con la problemática del niño maltratado, y a comienzos de los años 70, con el feminismo quien buscaba mostrar a la sociedad las formas y consecuencias de la violencia hacia las mujeres. Fue así como el gran velo empezó a descorrerse y comenzó a mostrar otros fenómenos que iban de la mano con la violencia Intrafamiliar. (Corsi, 1994)

Grosman (1992), comenta que la violencia Intrafamiliar se ha considerado como un asunto personal y privado, por lo cual no había razón para intervenir desde afuera, tampoco para hablar sobre él, pues los conflictos que se daban en el interior del hogar, finalmente se concebían como algo tan normal que no tenía por qué preocuparle a nadie que no fuera de la familia. Todo ésto aludiendo al dicho que hace referencia a que “La ropa sucia se lava en casa”.

La violencia familiar ya es un problema social preocupante que sucede dentro del ámbito de la familia, es una cuestión absolutamente privada, pero no hay que olvidar que cualquier acto de violencia de una persona en contra de la otra es un crimen, no importando el lugar de su ejecución. Existen otros motivos para dejar de considerarlo como problema privado, como ejemplo son las siguientes; según Corsi (1994).

- Las personas que han sido sometidas a situaciones crónicas de violencia Intrafamiliar, desencadenan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas.
- Disminución en el rendimiento laboral.
- Trastornos de conducta y dificultad en el aprendizaje.
- Reproducción de modelos de relación violentos.
- Incremento en el porcentaje de los asesinatos y lesiones graves entre miembros de la familia.

La Violencia Familiar ha sido una especie de “oveja negra”, algo secreto y con muchas limitaciones para su estudio por parte de la ciencia, y aún hoy en nuestros días es muy complejo el intentar vencer la resistencia al tema que oponen las creencias sociales o culturales. Donde la percepción de la familia es como un santuario pleno de amor y cuidado para sus integrantes. Las consecuencias del silencio y de los prejuicios ha sido el sufrimiento y el abuso que pueden darse en el seno de una de nuestras más queridas instituciones, Ferreira (1996).

Por su parte Estrada (1996) refiere que, la violencia familiar no es espontánea, sino que se va gestando y su inicio es cuando la pareja o uno de sus miembros acumula tensiones. Estas tensiones son el resultado de la frustración que dejan las agresiones y dificultades que se viven tanto en la familia como fuera de ella. En ocasiones el modelo de vida de los padres de familia se repite en la forma de manifestar afecto, ternura, relaciones de seguridad y estabilidad emocional hacia los hijos. Al no tener otras formas de comportamiento para expresar amor o enojo se incurre en cambios bruscos de afecto como agresiones físicas y verbales seguidas de sentimientos de culpa con manifestaciones exageradas de cariño y de devalúo o ignoración.

En este sentido, el maltrato familiar sucede cuando alguno de sus integrantes abusa de su autoridad, su fuerza o su poder, abusando de cualquier miembro de la familia. La violencia puede ir de pellizcos, golpes, gritos, humillaciones, burlas, hasta abusos sexuales, privación de la libertad y en casos extremos lesiones mortales. La violencia Intrafamiliar en ningún caso se justifica (CREFAL, 2000).

Ramírez (2000), define la Violencia Intrafamiliar como: “La agresión o daño sistemático y deliberado que se comete en el hogar contra algún miembro de la familia, por alguien de la misma familia”.

Para la realización de este trabajo, considerando la ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, Artículo 3, Fracción III, creada en 1996 y modificada en 1998, y de acuerdo a la definición que se maneja en CAVI, se entiende como Violencia Familiar:

“Aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tienen por efecto causar daño”. P.G.J.D.F (1997). Pág..73

Sin embargo, la violencia más común es contra las mujeres, los menores, los ancianos y las personas con alguna discapacidad. El que una persona dependa económica, moral y emocionalmente de otra en ocasiones permite y facilita que esta última abuse de su autoridad (CREFAL, 2000).

En 1994 se analizó una muestra de 5266 casos de violencia conyugal atendidos en el CAVI, observándose los siguientes resultados:

- El 90% de las víctimas son mujeres cuyas edades oscilan entre los 21 y 30 años, estando 58% casadas con su agresor, 22% viviendo en unión libre y sólo 1.1% en amasiato.
- La escolaridad predominante en las víctimas era de primaria y de nivel secundaria en un 51%, siendo 43% amas de casa y el 23% empleadas no profesionales.

Todo lo mencionado anteriormente es fácil de comprobar acercándonos a los medios de comunicación y estadísticas en donde confirmamos los siguientes datos:

- Por ejemplo, Pavón (1998, p.4), reveló que la Procuraduría del Distrito Federal, desde 1991 ha atendido a 108 mil usuarios, de los cuales 89% son mujeres víctimas de violencia psicológica: el 37% de violencia física: y el 30% de ataques sexuales, según estudios enviados a la cámara de diputados.
- En este sentido García (1996, p.9), menciona un estudio realizado en CAVI, que revela que el 84% de un total de 1864 mujeres atendidas ahí son golpeadas por sus maridos.
- Miseslem (1998, p.4) dio a conocer el dato de que el 50% de mujeres mayores de 15 años han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja.
- El prontuario estadístico de la mujer en el Distrito Federal reportó que las víctimas de violencia familiar atendidas en el CAVI, por tipo de maltrato en el periodo de Enero a Septiembre de 1997., fueron las siguientes:

TIPO DE MALTRATO	%
Maltrato psicológico y físico: (aventones, empujones, golpes, fracturas, devaluaciones, humillaciones, omisiones y comparaciones).	53.3
Psicológico, físico y sexual. (golpes, omisiones, acusación de infidelidad e imposición de practicas sexuales).	30.3
Psicológico y sexual. (omisiones, humillaciones, olvidos, control de actividades, abuso sexual).	1.6
Psicológico. (olvidos, comparaciones, amenazas, sobrerresponsabilización).	14.8

- Las víctimas de violencia familiar atendidos en CAVI, en los meses de enero – septiembre de 1997 por sexo son:

SEXO	CASOS	%
TOTAL	6,954	100.00
HOMBRES	1,000	14.4
MUJERES	5,954	85.6

- Otra estadística que nos ofrece el prontuario del D.F. es el referente al parentesco que existe del victimario con la víctima (enero – septiembre de 1997).

PARENTESCO	NUMERO	%
TOTAL	6,883	100.00
CÓNYUGE	4,287	62.28
CONCUBINO	912	13.25
EXCONYUGE	448	6.51
HIJO (A)	390	5.67
HERMANO (A)	225	3.27
MADRE	172	2.50
PADRE	136	1.98
AMASIATO	75	1.09
SOBRINO (A)	38	0.55
YERNO O NUERA	38	0.55
SUEGRO (A)	36	0.52
TIO (A)	29	0.42
PADRASTRO O MADRASTA	16	0.23
OTRO	16	0.23
PRIMO	13	0.19
CONCUÑO (A)	11	0.16
PADRE Y MADRE	1	0.015
HIJASTRO (A)	9	0.13
CUÑADO	8	0.11
NIETO (A)	6	0.09
ABUELO (A)	5	0.07
LO IGNORA	2	0.03

Así mismo, en el informe anual de actividades del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el DF, se menciona de manera general que

8 instituciones reportaron que el 82.25% de los casos atendidos son mujeres, mientras que el 17.75% restante son hombres, es decir que 4.63 mujeres viven Violencia Familiar por cada hombre en la misma situación.

Con lo mencionado anteriormente, salta a la vista en lo que la mayoría de los autores (Pavón,1998; García,1992; Miseslem,1998) están de acuerdo, en que el hombre violenta más a la mujer y por lo tanto la llaman a la mujer la “víctima” y al hombre “generador” de la violencia familiar. Sin embargo no hay que dejar de lado que también existen hombres maltratados, aunque es en menor cantidad, sí los hay (17.75% hombres maltratados), según el reporte de instituciones y haciendo una comparación entre sexos se calcula que por cada 100 hombres agresores hay 31 mujeres agresoras.

1.2 Modelo CAVI.

Según el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal (CAVI), se entiende por violencia intrafamiliar todos aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, psicológica y sexual y moral de cualquiera de los integrantes de la familia.

Cuando se hace referencia a las acciones se incluyen las tangibles o evidentes que dejan huella corporal, así como, los actos que lesionan la integridad psicoemocional de los individuos, como la negligencia o las omisiones, teniendo repercusiones en las dos esferas de los individuos: la física y la emocional que se reflejan en el estado de salud de quien las vive o en los casos extremos de abandono.

Según esta misma institución, para que el maltrato se defina como tal, existen cinco características inherentes, como son:

- 1) Que sea recurrente y constante, no sólo único y aislado.
- 2) Que sea intencional, es decir, con claridad en la conducta.
- 3) Que implique un acto de poder o sometimiento dirigido a quien la recibe.
- 4) Tendencia a que cada vez sea mayor la gravedad de la lesión.
- 5) Su resolución sería a partir de recibir apoyo profesional.

1.2.1 Tipos de maltrato que aborda el modelo CAVI.

Generalmente se presentan tres tipos de maltrato, dado que aún cuando sólo sea físico o sexual, la violencia psicoemocional está presente y causa daño a las personas receptoras de la misma.

- **Violencia Física.** Es la invasión del espacio físico y puede hacerse de dos maneras: una es el contacto directo con el cuerpo de la otra persona mediante

golpes, empujones y jalones. Y la segunda consiste en limitar sus movimientos de diversas formas: encerrar, amarrar etc. Provocar lesiones con armas punzo-cortantes o de fuego, aventarle objetos y producirle la muerte.

- **Violencia Sexual.** Se encuentra dentro del ámbito de la Violencia física, se ejerce al imponerle ideas y actos sexuales al hombre o a la mujer.
- **Violencia Verbal.** Requiere el uso de palabras (o ruidos vocales) para afectar y dañar al otro (u otros), hacerle creer que está equivocado o hablar en falso de él o ella. Son tres tipos de ejercer este tipo de violencia; *Cosificar*, es decir poner sobrenombres o dirigirse de manera despectiva con el fin de hacer sentir a la otra (u otras) personas como un objeto sin valor; *Amenazar*, que es la forma más usual de la Violencia verbal, y consiste en amenazar al otro con promesas de violencia, abandono etc. si este se intenta oponer al primero. Otro tipo de violencia verbal es degradar a la persona con frases como “tu vales madre”, “eres una estúpida”, y otras por el estilo. Este tipo de Violencia disminuye el valor de la persona y le causa una gran inseguridad en sus propias habilidades y en su valor como ser humano.
- **Violencia Emocional:** Tiene como objetivo destruir los sentimientos y la autoestima del otro, haciéndolo dudar de su propia realidad y limitando sus recursos para sobrevivir. La Violencia Emocional se manifiesta en actos que atacan a los sentimientos o las emociones de la persona. La agresión emocional está más encubierta al ser dirigida de una forma mas indirecta en actitudes como descalificación, invalidación, crítica y juicio.

A continuación, según la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (art. 3fracc.X111) y por motivos de este trabajo se describirán tres tipos de maltrato que de forma general incluyen a las demás formas:

Maltrato Físico.

Es todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia el sometimiento y control. (artículo 3, fracción III de la ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal.

- Causar daño a algún otro miembro de la familia.
- Arañar en cualquier parte del cuerpo.
- Patadas.
- Pellizcos.
- Causar hemorragias por los golpes.

Maltrato Psicoemocional.

Va en referencia en actos u omisiones repetitivas cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.

- Intimidaciones (provocar miedo a través de):
- Mostrar objetos o armas.
- Chantajes.
- Maltratar a los animales.
- Romper las cosas personales.
- Destrozar objetos.
- Acciones objetos.
- Miradas.
- No dar dinero para la manutención.
- Hablar mal de la pareja.
- Generar sentimientos de inferioridad, torpeza y culpabilidad.
- Burlarse, humillar, gritar, etc.

Maltrato Sexual.

Son todas aquellas conductas consistentes en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen un daño. Así como los delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.

- Violación.
- Abuso Sexual.
- Celotipia.
- Imposición del coito.
- Presionar para que la pareja acepte las relaciones sexuales.

Observando el siguiente apartado el Circulo de la Violencia, se completará la información relacionada con la Violencia Intrafamiliar, pues esta información es fundamental para entender la problemática que se está estudiando.

1.3 Circulo del maltrato.

Esta violencia Intrafamiliar lleva un curso que después de cierto tiempo se convierte en un ciclo de violencia, mejor conocido como circulo de la violencia o circulo del maltrato del cual Walker (1987), menciona que la intensidad, frecuencia y duración variará, en el caso de la pareja. Se compone de tres fases:

FASE 1: Aumento de Tensión. En ésta el agresor se enoja, discute y culpa al otro provocando un aumento de tensión en la relación. El otro trata de calmarlo complaciendo al agresor o alterarlo aún más negándose a cumplir con sus exigencias.

FASE 2: La Explosión. Es cuando se da la agresión física que puede ser un empujón, bofetada o golpe; horas de maltrato y terror tal vez utilizando armas u otros objetos dañinos. También existe el abuso psicológico y en ocasiones el sexual.

FASE 3: Luna de Miel. En esta fase se da el alivio fisiológico de la tensión, que lleva a un arrepentimiento y a promesas de no volver a lastimar. El agresor niega o minimiza el abuso o pide al otro que “no le vuelva a hacer perder la paciencia”. En etapas muy avanzadas de este ciclo, la fase 3 consiste sólo en la ausencia de la violencia. Es importante mencionar que para esta etapa el hombre pasa por arrepentimientos y promesas que llevan a la mujer a caer en el juego, se llega a tal grado de dar muchas vueltas a este ciclo, aunque cada vez aumenta el grado de agresión y frecuencia.

Para este momento surge un cuestionamiento, que se intentará responder en el siguiente apartado; ¿ Cuáles son las causas de la Violencia en el hogar ?. De aquí sin duda que al abordar a la familia, como principal núcleo de la sociedad, nos aportará una posible respuesta a este cuestionamiento.

1.4 La Familia.

La etnología, la arqueología y la historia se refieren a conjuntos complejos compuestos por parientes unidos por comunidad de origen, a cónyuges, huéspedes, a clientes, etc. La familia “se define por el parentesco, hablar de la familia por consanguinidad, ya sea agnaticia, cognaticia, o de forma mixta. Se puede limitar a la familia llamada nuclear o conyugal, reducida a la pareja de cónyuges y a sus hijos”. Estrada (1996).

La familia constituye la institución social fundamental, debido a que la socialización del individuo comienza en la familia. Dos aspectos podemos entender por familia, el primero de ellos hace referencia a la familia, en donde existe el vínculo sanguíneo, a partir de la pareja, los hijos o un pariente, el segundo hace referencia al grupo, delimitando un espacio como vivienda común: la casa y en el marco de tal morada un objetivo que es vivir y compartir.

Recasens (1989), menciona algunas características de la familia:

- Una relación sexual continuada.
- Una forma de matrimonio o de mantenimiento de la relación.
- Deberes y derechos entre los esposos, padres e hijos.
- Un sistema de identificación de la prole.

- Disposiciones económicas entre esposos para la manutención.

La familia es la institución social más desarrollada, existe en todas las sociedades, en todo lugar y en toda época. Constituyendo así un ejemplo de comunidad total suprafuncional, con sociabilidad pasiva (participación en un patrimonio de creencias, valoraciones, ideas, sentimientos y formas de conducta) y con sociabilidad activa (procesos de cooperación deliberada, en vista a la realización de fines).

La familia como institución cumple determinadas actividades, éstas están regidas por las expectativas acerca del modo como las personas deben comportarse recíprocamente. El cumplimiento de estas actividades afectan a todo el sistema. (Castellan,1983).

La ideología de la familia contiene valores en referencia a los grupos domésticos y la forma de cómo se debe comportar, como por ejemplo: los valores de mutua ayuda, participación, cooperatividad, amor, etc. La fuerza de la ideología tradicional del término familiar radica en su apariencia de experiencia universal y de esta manera traduce los problemas sociales en personales o individuales, afectando de esta manera el potencial de la conciencia política que pueda tener en confusión, aislamiento y culpa individual. (Castellanos, 1994).

1.5 Causas de la Violencia Intrafamiliar.

Sin duda que la violencia Intrafamiliar no solo afecta a las víctimas, sino también a la sociedad y de aquí que se hace necesario examinar los factores de riesgo culturales y sociales que la determinan. Cabe mencionar que es importante conocer el nivel de estudios de las víctimas para comprender mejor este capítulo. A continuación se menciona el nivel de escolaridad de las víctimas atendidas de Enero a Septiembre de 1997., según el prontuario estadístico del D.F.

ESCOLARIDAD		CASOS, NUMERO %
	TOTAL	6,954,100
KINDER	12	0.17
PRIMARIA	1,951	28.06
SECUNDARIA	2,061	29.64
BACHILLERATO	885	12.73
TECNICA	1,125	16.18
LICENCIATURA	718	10.32
ANALFABETA	151	2.17
NO REFIERE	41	0.59
EDUCACIÓN ESPECIAL	10	0.14

Según Ramírez (2000) comenta algunas conclusiones de estudios realizados acerca del por qué el hombre es violento en el hogar, que podemos dividir en tres modelos teóricos.

Biológica: La interpretación biológica dice que se puede definir ésta como una respuesta de supervivencia de un individuo u organismo a su medio ambiente. Diversos autores afirman que la Violencia es parte de la estructura biológica del hombre. Esta postura supone que para sobrevivir, el hombre ha tenido que ser violento y por lo tanto desarrollar su agresividad. Corsi (1994).

Psicológica: La interpretación Psicológica de la Violencia del hombre hacia la mujer en el hogar asume que el hombre violento tiene un problema psicológico o psiquiátrico y por este motivo es violento. Las explicaciones psicológicas más comunes dicen que el hombre sufre de una disfunción psicológica que lo hace sentir vulnerable, inseguro y con baja autoestima, por lo cual tiene que sobre compensar mediante la violencia, al enfrentarse con su propia pareja, para afirmarse un valor. Dutton (1997).

Perspectiva de Género: La explicación de Género dice que la violencia en el hogar tiene objetivos muy específicos que no necesariamente tiene que ver con la supervivencia del individuo, cuando el hombre es violento con su pareja, su objetivo es tenerla bajo control para obtener beneficios, al disponer de los recursos de ella. Dicho de otro modo, la violencia en el hogar es una forma de imponer la esclavitud de una persona para que le sirva a otra. La Violencia Intrafamiliar es cuestión de género ya que está en relación con los estereotipos femeninos y masculinos, a los que se ajustan hombres y mujeres, considerando a las mujeres como sujetos sociales diferentes e inferiores a los hombres como seres superiores, dominantes e independientes. Lamas(1996).

1.5.1 Disparadores de la Violencia Intrafamiliar.

Una de las características de la interacción violenta es la manera en que cada uno de los actores establece la puntuación de la secuencia. El comportamiento de uno sirve para justificar el del otro. Quien arremete lo hace exactamente cuando se siente agredido.

Cascardi (1995), comenta que los movimientos, las miradas, las actitudes o las palabras funcionan como detonadores que “encienden la pólvora”, es evidente que tales mensajes verbales o no verbales actúan como la chispa que enciende el fuego y determinan el pasaje al acto.

Markman (1993), refiere que quien se encuentra en posición alta descodifica el comportamiento del que esta en posición baja como amenazante, porque supone que apunta a situarse en un nivel igual o superior al suyo. Para restablecer el equilibrio, actúa con violencia.

Otros posibles detonantes de la violencia en el hogar, según los NVPP (2000) son:

- Invasión de espacios vitales.
- Pobreza.
- Deficiencia en la educación, enseñanza y supervisión hacia los hijos.
- Historia familiar de violencia.
- Antecedentes de adicción (alcohol y drogas).
- Falta de apego emocional de padres a hijos.

1.6 Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar.

Corsi(1994), comenta que los efectos de la Violencia Intrafamiliar son ineludibles y los vemos a cada día en los siguientes ejemplos:

- Desintegración de la familia.
- Trastornos en la salud física y mental de las víctimas.
- Bajo rendimiento escolar.
- Ausentismo laboral.
- Pandillerismo.
- Vagancia.
- Aparición de delitos.
- Niños en la calle.
- Deserción escolar.
- Bajo rendimiento laboral.
- Prostitución, alcoholismo, etc.

Ferreira (1996), afirma que las consecuencias en la víctima le originan un sentimiento de inseguridad e impotencia, desorganización de la conducta, negación de lo vivido, angustia, depresión, y miedo.

Azaola (1998), comenta que existen cerca de 1,800,000 menores en situación de maltrato físico en México, de éstos el grupo más agredido es el de cinco a nueve años. a continuación se muestra una tabla que muestra el intervalo de edad en referencia al maltrato.

EDAD	%
0-4 AÑOS	27.00
5-9 AÑOS	39.00
10-14 AÑOS	28.00
15-17 AÑOS	6.00

El maltrato psicológico produce crisis, desequilibrio emocional agudo y una sensación de estar enloqueciendo, aunado a esto se le suman las manifestaciones psicosomáticas. La víctima sometida a este clima emocional sufre una progresiva debilitación psicológica. Corsi (1994).

El maltrato sexual ocasiona síntomas similares a los que deja una violación, tales como represión, sentido de derrota, dolor emocional, pérdida de ánimo. Estas son algunas razones por las cuales el problema de la violencia familiar no puede seguir siendo entendido como una cuestión privada, ya que la salud, la educación, el trabajo, y la seguridad, son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto es un problema que afecta a todos en cuanto miembros de una comunidad.

En el ámbito de la violencia Intrafamiliar uno de los factores observados en CAVI, y confirmados por las estadísticas, citadas en este trabajo, que contribuyen para que se de esta, sin duda tiene que ver con la pareja, como hemos visto anteriormente en las estadísticas reportadas, es así que en el siguiente capítulo abordaremos este factor.

CAPITULO 2

PSICODINÁMICA DEL MALTRATO EN LA PAREJA

2.1 Relaciones de pareja. (modelo CAVI).

Según Elterman (1999), el ser humano es un animal social organizado a partir de su pareja. La tendencia a la vida en pareja, ya sea por requerimiento social o legal, es una constante en la historia de la humanidad. Sin embargo, la relación entre hombre y mujer ha variado a lo largo de la historia.

Durante el periodo paleolítico, la división sexual del trabajo atribuía la caza al hombre y la recolección y cuidado de los hijos a la mujer, se produce una dependencia mutua entre ambos debida a la obtención de recursos distintos esto originó la aparición de dos poderes: el físico en el hombre y el procreador en la mujer. A partir del neolítico medio, se produce un aumento demográfico, surge la guerra y con ella el guerrero, rompiendo la complementariedad y la armonía que había existido desde los tiempos de la caza. En la comunidades primitivas, la mujer y los hijos eran propiedad del hombre.

Con la aparición de la religión se encuentra la institución del matrimonio y a esta se aúna la institucionalización legal. Entonces tenemos que, los orígenes de la pareja se evocan desde la elección del cónyuge, lo cual no es fortuito y depende de algunos factores como son, los modelos parentales, las condiciones socioculturales, nivel social, religión, permanencia familiar, etc. mismos que pueden ser inconscientes o conscientes y cada miembro de la relación hace el equilibrio, los ejes bipolares son los siguientes:

- Eje de tendencia a proteger y ser protegido.
- Eje de dominación y de dependencia.
- Eje de autonomía y sumisión.
- Eje de agresividad y pasividad.
- Eje de afirmación y receptividad.

De acuerdo con García (1996), el cónyuge busca en el otro lo que no tiene, aquello que lo complementa, tanto el hombre como la mujer son dos sujetos incompletos que buscan completarse el uno al otro.

En el caso de Sánchez (citado por Corsi, 1994) se refiere a la pareja como un modo para valorarse, para trascender en el sentido mas genuino del humanismo.

Por su parte García, (1996), ve a la pareja como una expresión real de nuestra naturaleza. Comenta que las personas para unirse en cualidades manifiestan características cuyos opuestos no se pierden sino se conservan en estado inconsciente y después influyen en nuestra elección de pareja. De este modo la unidad de pareja quedaría representada de manera completa por las

características que expresa cada uno de sus miembros en forma dominante, y es así que la pareja se vuelve para nosotros la máxima expresión de un individuo como ser humano.

García, (1996) dice que la pareja es una asociación de dos personas con un propósito familiar común o corriente, una entidad peculiar autónoma que es más de la suma de sus componentes, es una entidad psicológica y social.

Diversos autores comentan que la pareja tiene roles recíprocos, donde el rol primario del esposo es el económico, por lo que la esposa responde cuidando de los hijos y el trabajo en el hogar.

Díaz Loving (1997), ve a la pareja como la institución social que es constituida en un sistema de normas y reglas de conducta, donde estas normas son parte de la cultura y herencia social, derivadas del pensamiento común, colectivo, religioso y filosófico de un pueblo que lo transmite a nuevas generaciones.

Cabe señalar que el ser humano ha tenido la necesidad de organizar su vida en relación a una pareja, para conformar más tarde una familia, pero, ¿ cómo es que elegimos una pareja ?.

Para dar respuesta a esta pregunta, aludiremos a Ojeda, (1998) quien menciona que una relación se inicia a través de la similitud, es decir, existe la tendencia a seleccionar como compañeros de pareja, a aquellas personas que nos gratifican en cuanto a nuestras propias similitudes o diferencias, al menos en algunos aspectos fundamentales como: la apariencia física, posición financiera, personalidad, cualidades, aptitudes, valores personales, familiares y generales con otra persona que parecen construir una probable afinidad con uno mismo, y así, surge la motivación por establecer una relación equilibrada. Sin embargo lo anteriormente mencionado puede convertirse en los principales factores que desencadenan la violencia intrafamiliar.

Strean (1982), comenta que la relación de amor que se vive en una relación es como un fuerte lazo emocional entre las dos personas, en donde la intensidad es cuestión de grado. Los amantes anhelan estar juntos y el amor aumenta su capacidad emocional, sin embargo, cuando el desconocido deja de serlo, el impulso pierde intensidad.

Así, desde una perspectiva de género la Violencia Intrafamiliar se da por la desigualdad en las relaciones Hombre-Mujer, es decir, la desigualdad en el rol que juegan éstos, y en donde el hombre es quien domina a la mujer. Por lo que se tiene que definir entonces qué es el rol de género. Lamas (1996). La violencia doméstica se relaciona con los estereotipos femeninos y masculinos, a los que deben ajustarse hombres y mujeres, donde se marca un desnivel entre ambos, ya que se considera a las mujeres como sujetos sociales diferentes e inferiores y a los hombres como seres superiores, dominantes e independientes.

Haciendo un resumen se observa que el cambio en el rol de género hace imposible mantener iguales las relaciones tradicionales de poder (hombre) y complementariedad (mujer) que se suponen son el disparador de la Violencia Doméstica, por lo tanto, hay que buscar otra explicación de las causas de la Violencia Intrafamiliar, que complementa a la de género. La violencia intrafamiliar esta multideterminada, a continuación se revisara lo relacionado al apartado de espacios vitales y el respeto de éstos.

2.2 Espacios Vitales.

Ramírez (2000), plantea cinco espacios: Físico, Emocional, Intelectual, Social y Cultural. Los espacios son el ámbito territorial que una persona necesita para sobrevivir y desarrollarse sana y plenamente, que le proporcionaran crecimiento en todos los ámbitos y aún lo mas importante le ayudaran a afirmar su identidad e individualidad.

- **Por Espacio Intelectual:** Es un espacio individual que incluye las creencias, ideas y pensamientos de una persona. Es la manera en que una persona analiza y entiende sus experiencias mediante sus estructuras simbólicas, cómo percibe y procesa los hechos con su conocimiento y su experiencia, la interpretación que tiene del mundo.
- **El Espacio Emocional:** Es la forma en que se responde hacia el medio ambiente y hacia sí misma. Son los sentimientos y emociones de la persona. Cada individuo se relaciona de modo diferente con las experiencias que tiene, según la reacción emocional que esa experiencia le produzca. Este espacio es el más profundo y personal, pues las emociones son las que nos ayudan a entender las razones de nuestra relación con un hecho o una persona determinada.
- **El Espacio físico:** incluye dos partes: el espacio donde desarrolla sus actividades y el cuerpo de la persona . El espacio donde se desarrollan las necesidades personales físicas del individuo incluyen lugares como la vivienda; el espacio para dormir; para desarrollar trabajos; de descanso; de entretenimiento; el baño; cama, etc. El espacio físico corporal abarca características individuales como la piel, movimientos, expresiones, color estatura, los cinco sentidos, etc.
- **El Espacio cultural:** va en referencia a cómo procesa la realidad el mismo individuo, tal y como ha aprendido el individuo y ha recibido desde su grupo social, familia, grupo económico, étnico, religioso, educativo y geográfico.
- **El Espacio Social:** Este espacio comprende tanto a las personas cercanas como el tipo de interacciones o intercambios que alguien tiene. es todo aquel espacio donde se desarrollan los contactos, interacciones e intercambios entre dos o más personas.

El invadir estos espacios, dentro de la relación de pareja, no es exclusivo del hombre, sino que ambos (Mujer-Hombre) pueden hacerlo y esto puede derivar en una relación violenta.

Un gran número de investigaciones y autores que se han ocupado de la Violencia Intrafamiliar toman la cuestión de género, como un factor central para que se dé una relación violenta en la pareja, y que posteriormente puede derivar en Violencia Intrafamiliar. Sin embargo, bajo esta perspectiva, la forma de ver cómo se da la Violencia Intrafamiliar se ve seriamente limitada, por lo que quizá, la invasión de espacios vitales pueda ayudar a comprender esta problemática.

Esto muestra de una manera más completa la forma de ver las relaciones violentas y no concentrarse en Clasificar a alguien como víctima o victimario, pues el quitar estas etiquetas traerá en consecuencia, que las formas de tratamiento y prevención de dicha problemática estén enfocadas realmente a la equidad en las relaciones Hombre- Mujer.

A continuación se mencionaran algunas características tanto del agresor como de la víctima, todo para entender de una forma más adecuada y completa, esta problemática.

2.3 El Hombre Violento. (Agresor)

Según el Manual de Atención a Víctimas del Delito que se usa en CAVI, y que es editado por la Procuraduría General de Justicia (1998), "se define al hombre golpeador como el sujeto del sexo y género masculino que ejerce modalidades de victimización: violencia física, maltrato emocional y/o abuso sexual, en forma exclusiva o combinada e intencional sobre la persona con quien mantiene un vínculo de intimidad (esposa o compañera, pudiendo incluir a los hijos)".

Dutton (1997), explica el comportamiento intrafamiliar violento como una conducta aprendida y relacionada con las experiencias vividas durante la infancia y la adolescencia. Frecuentemente, los maridos agresores han experimentado en su familia de origen como víctimas o testigos de este tipo de modalidades vinculares.

Este mismo autor habla de un desplazamiento aprendido que se le denomina "Transmisión intergeneracional". Se piensa que las razones por las cuales los hombres son maltratadores se deben a factores sociales y psicológicos.

Corsi (1994), refuerza que las causas de la violencia familiar y conyugal están en las bases de una sociedad sexista, donde se promueve la desigualdad de las relaciones entre el hombre y la mujer al percibir el ejercicio privado e institucionalizado del poder, el control, el dominio y la violencia. Estos estereotipos sexuales remiten a la socialización genérica en que se forma al hombre violento.

Por su parte Eckhardt (1997), habla acerca del aprendizaje de la violencia en la propia familia, argumentando que pareciera que el haber padecido la violencia en los primeros años llevará a usarla en las relaciones familiares, llegando a la adultez. Contrario a lo esperado, en muchos casos se siguen los pasos de los padres, manifestando el accionar violento como modo de manejar el enojo y el estrés. Se aprende así que la violencia es la única manera de resolver conflictos. Para comprender de una mejor forma este apartado, a continuación se hablará acerca de la psicodinámica del agresor y de la víctima.

2.3.1 Psicodinámica del Agresor.

Los golpeadores habituales suelen insultar, humillar, avergonzar y maldecir a sus esposas, a diferencia de aquel que lo hace de una forma aislada, los primeros lo hacen con el propósito de debilitar su autoestima y volverlas "más manejables". Mientras que los segundos lo hacen de una forma aislada incontrolada y sin un fin predeterminado.

Si bien no se puede afirmar que el maltrato emocional y el físico son etapas sucesivas, el primero no lleva necesariamente al segundo. Lo cierto es que una agresión física puede considerarse una agresión emocional. Se piensa que en ocasiones la agresión puede ser desencadenada por un acontecimiento específico: un paso real o imaginario hacia el abandono de la relación, incluso un embarazo.

La causa más frecuente es un "abandono" imaginario. Además, esos hombres son violentos sólo dentro de los límites de la relación, y el maltrato se repite cualquiera que sea la conducta de la mujer; ruegos, halagos, argumentos, o contraataques, no establecen mayor diferencia. Corsi (1994).

Algunos autores como (Corsi, 1994, Dutton, 1997, Trimble, 1990), consideran que en cuanto a la causa de esta violencia, no se puede "culpar" al cerebro de la "selectividad" que estos cónyuges tienen contra sus esposas e hijos. Sino que se debe acudir a la multicausalidad y dar mayor importancia a los factores, más que biológicos, psicológicos y de género que siguen siendo los de mayor "peso" en el estudio del cónyuge maltratador.

El golpeador cíclico emocionalmente inestable, tiene una personalidad que se podría considerar dividida que abarca dos pautas de conducta muy distintas que parece ver en su esposa, alternativamente, a una santa y a una prostituta. Hiday (1997).

Dutton, (1997) encontró que los esposos golpeadores presentan así mismo déficit de personalidad en virtud de los cuales son más propensos a depender de una relación y a experimentar ansiedad ante su pérdida. Dado el aislamiento emocional que los caracteriza y la exagerada dependencia de su pareja, su pánico y su agresión son el resultado psicológico de lo que perciben como la pérdida de la mujer, se atribuye esta situación a la fase de separación- individuación.

Según Corsi (1994), la falta de una vivencia personal de seguridad es una de las características sobresalientes del hombre violento, que necesita ser sobrecompensada a través de una actitud externa firme, autoritaria, que no muestre esa debilidad interna que en el fondo existe. Otra característica encontrada en el hombre golpeador conyugal es la dificultad que tiene para comunicar sus sentimientos y lo que le afecta de cada situación, esta especie de "analfabetismo comunicacional" está relacionada con la inhabilidad para resolver conflictos de otra manera que no sea violenta.

Aunado a lo anterior, casi siempre encontramos indicios de una imagen de sí mismo muy desvalorizada; si en otros ámbitos es un hombre que no se atreve a decir lo que quiere, lo que siente, lo que necesita, lo que teme, en el ámbito conyugal, dentro de la privacidad de su casa, es donde se siente a salvo de la mirada de los demás. Entonces puede emerger, bajo la forma de violencia, lo que en otros lugares no manifiesta. Las racionalizaciones que utiliza para explicar su violencia son reiterativas "ella me provoca", "yo no puedo controlarme", "yo no se lo que hago en esos momentos".

2.4 Creencias y Experiencia de la Mujer Maltratada. (Víctima)

En CAVI, se define a la víctima como una persona que ha recibido acciones u omisiones de parte de algún miembro de su familia, éste maltrato puede ser de forma física, psicoemocional, sexual y económica. En una forma deliberada, grave y repetida y que además tiene los siguientes elementos:

Incondicionalidad. Por la manera en que son socializadas, las mujeres aprenden a dar valor a actitudes de Incondicionalidad hacia las necesidades de los otros. Forma parte de los requisitos que la cultura les prescribe para asegurar su disposición a la maternidad. Esta Incondicionalidad les lleva a prepararse para sus esposos para ser una mejor madre que su propia madre de ellos.

Amor. Este concepto que frecuentemente se confunde con "solapar", entendiéndose que no es lo mismo amar que solapar, ser humilde con humillarse, ni servir con llegar a ser servil. Esta problemática la escuchamos inmersa en las explicaciones que da una mujer al porque aguanta los malos tratos y no le pone fin. La razón aducida por ella suele ser "porque lo quiero". La cuestión es muy amplia, teñida de subjetividades y argumentablemente indiscutible. El amor se confunde con la sensación de necesitar a alguien en cuyo caso es el centro de la emoción sigue siendo el propio self dependiente del otro. O con la sensación de ser necesitado (o necesitada), con lo que, cuanto más señales demandantes o exigentes dé el otro, más queridos nos sentiremos. Madanes (1993).

Las mujeres aprenden a desarrollar la capacidad de observar, evaluar, asistir y hacerse cargo de los otros, en especial cuando les parecen más indefensos o

carentes, a esto se le llama empatía. Es evidente que el varón está mucho mejor preparado que la mujer para sostener su propia posición en el conflicto, ya que la mujer ha sido entrenada para tomar en cuenta el punto de vista de él, tal como él mismo. En estos casos habrá por lo menos tres votos a favor de él, y tal vez uno o ninguno, a favor de ella. El poder de este modo se declara favorable al hombre dos cero a tres a uno. Ravazzola (1997).

Otra característica muy peculiar en la mujer maltratada es la fase de “*disminución del registro del malestar*”. Esto se da cuando los maridos o los hijos, desarrollan, en relación a ellas, conductas complementarias, en vez de hacer lo que ellas esperan, van a reforzar las sensibilizaciones que perpetúen el modelo de interacción que los beneficie. Sin embargo, así y todo, las mujeres no logran percibir su frustración en cuanto a lo que esperan, y conducirse de un modo cauteloso y menos entregado. En las relaciones de abuso, la anestesia del malestar en las mujeres aparece como un elemento clave, especialmente cuando desempeñan su papel de “cuidadoras y dadoras”. Madanes (1993). Con todo lo mencionado anteriormente y con el trabajo realizado en CAVI, se implementaron reformas que llevan a la víctima a denunciar y parar el maltrato, a continuación se hará alusión a los aspectos jurídicos sobre la violencia intrafamiliar.

CAPITULO 3

LA LEY Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

3.1 Aspectos psicojuridicos de la violencia intrafamiliar (Modelo CAVI).

Últimamente se han incluido reformas sobre las Leyes en el establecimiento de normas que prevengan y protejan a las víctimas de la violencia familiar. Esto lo confirma el Código penal para el Distrito Federal (Cáp. VIII, art. 343bis, 59ª. Edición), donde se considera como Violencia Familiar el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave, que se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones.

Comete el delito de violencia familiar el cónyuge, concubina, o concubinario, pariente consanguíneo ya sea de una manera ascendente o descendente sin limitación de grado, pariente colateral consanguíneo o afín hasta el cuarto grado, adoptante o adoptado, que haga uso de la fuerza física o moral, o que incurra en omisión grave.

La sentencia por cometer el delito de violencia familiar va de seis meses a cuatro años de prisión, prohibición de ir a algún lugar determinado, posibilidad de perder el derecho a pensión alimenticia, así mismo se le sujetará a tratamiento psicológico especializado. Este delito se perseguirá por querrela de la parte ofendida, salvo que la víctima sea menor de edad o incapaz.

La Asamblea de Representantes del Distrito Federal, aprobó una propuesta en el año de 1996, mediante la cual se crea la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, impulsando la creación de dos unidades de atención y un albergue para atender a víctimas de violencia familiar. La Ley sufrió una reformación en el año de 1998, estableciéndose como Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Esta ley tiene un carácter administrativo que describe las funciones de algunas instancias del Gobierno del Distrito Federal para la asistencia y prevención de la Violencia Familiar.

El (Art. 17), facultó a la Secretaria de Desarrollo Social del Distrito Federal para que realizará las siguientes actividades:

- Diseñar el Programa General de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (Art. 20).
- Operar y coordinar las Unidades de Atención de la Violencia Familiar. (Art. 21).

- Fortalecer la prevención de la violencia familiar, seleccionar y capacitar el personal de las instituciones públicas y privadas que trabajan en la materia de la ley (Art. 22).

3.2 Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. (LAPVF).

El principal objetivo de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (LAPVF), es prevenir el maltrato producido por la Familia.

De manera general, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar contempla lo siguiente: las disposiciones generales, la coordinación, concentración, la asistencia, atención, prevención y procedimientos conciliatorios de la violencia familiar.

Con respecto a la Prevención nos habla acerca de que corresponde a la Secretaría de Educación, Salud, y Desarrollo Social, además de las funciones que en materia de asistencia social tiene asignadas: diseñar el programa general de asistencia y prevención de la Violencia Familiar, operar y coordinar las unidades de atención, desarrollar programas educativos, promover campañas, etc.

Existen instituciones que se ocupan de la intervención de la Violencia Intrafamiliar como es el caso de la Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVIF), dotadas de poderes administrativos como el de sancionar a los agresores, sus funciones son las de protección de la vida, salud, integridad, y seguridad de las personas receptoras de Violencia Familiar además de ofrecer el apoyo psicológico y de trabajo social.

Otra de ellas es el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), perteneciente a la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, a su vez dependiente a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Esta institución anteriormente mencionada ofrece un servicio integral y gratuito a las víctimas de maltrato doméstico, en su mayoría mujeres, menores y adultos mayores. A través de un equipo multidisciplinario de trabajadores sociales, médicos, psicólogos, y abogados, teniendo como propósito el ayudar a conformar relaciones familiares libres del maltrato.

Se enumeran las siguientes instituciones que ofrecen apoyo en la problemática de la Violencia Intrafamiliar:

- Centro de Asesoría Psicológica y Empresarial, A.C.
Tel: 55-79-63-30.

- Despacho de Atención Legal para mujeres.
Tel: 55-74-78-50 y 55-74-62-15.
- Servicio, Desarrollo y Paz., A.C.
Tel: 55-84-15-78. y 55-74-08-92.
- Asociación Mexicana contra la Violencia., A.C. (COVAC).
Tel: 56-25-71-20. y 52-76-00-85.

Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales de la PGJDF. (CTA) Tel: 56-25-96-32. y 56-25-96-33.

- Programa para la participación equitativa de la mujer en el D.F.
Tel: 57-45-45-46.
- Locatel línea mujer y de Joven a Joven.
Tel: 56-58-11-11.
- Fundación para la Atención a Víctimas del Delito y Abuso de Poder. (FAVI). Tel: 56-11-40-87. y 55-98-37-63.

Sin embargo, las principales limitaciones de estas instituciones en cuanto al abordaje de la violencia intrafamiliar, ha sido la falta de infraestructura, (espacio físico), así como la falta de recursos humanos, ya que como se ha visto el problema es multifacético y cada día va en aumento.

Con todo lo revisado anteriormente donde salió a relucir la gravedad y el alcance de la violencia Intrafamiliar, pasaremos ahora a abordar el Modelo Terapéutico con el que se interviene en CAVI, se comenzará revisando la experiencia terapéutica en este Centro, posteriormente se verán algunos fundamentos del Enfoque Gestalt, ya que por la naturaleza y las condiciones de trabajo de este enfoque, así como del Centro, es aplicable para las víctimas de violencia Intrafamiliar.

CAPITULO 4

LA TERAPIA PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MÉXICO

4.1 Experiencia en México.

En México existen dos modelos de atención para la violencia intrafamiliar una de ellas esta a cargo de una Organización no Gubernamental (ONG), (CORIAC), y la otra es de tipo gubernamental como lo es el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (CAVI), el cual tiene las siguientes características:

Es un modelo de intervención para víctimas y victimarios que ofrece la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Según el manual de Atención a Víctimas del Delito, P.G.J. (1998) señala que acepta que existe una deserción del 50%, dentro del programa de atención en lo que respecta a los agresores, así mismo las limitaciones de espacio y económicas impiden que se cuente con personal especializado en la detección y atención de este problema.

En CAVI, se lleva acabo la atención grupal, que consiste en grupos cerrados donde participan tanto victimarios como las víctimas por separado, el proceso terapéutico incluye 13 sesiones, una vez por semana de aproximadamente dos horas de duración.

Los temas de la terapia se estructuran de manera general con los siguientes objetivos y varia según el caso: (Generadores y Víctimas).

- Lograr la autorresponsabilidad sobre la conducta violenta.
- Lograr el manejo adecuado de sentimientos.
- Lograr mayor asertividad en la comunicación.
- Lograr desmitificar roles de género.
- Proporcionar información sexual.
- Mejorar la autoestima.
- Concienciar sobre la paternidad responsable.
- Favorecer el manejo de conflictos con la pareja.
- Identificar ganancias y pérdidas al ser un hombre violento.
- Reflexionar acerca del concepto de masculinidad.
- Lograr la identificación del ciclo de la violencia.
- Expresar las necesidades y temores (celotipia).
- Lograr una mayor Asertividad para el manejo de la violencia.

4.2 Dificultad del tratamiento del hombre violento (Modelo CAVI).

Según Corsi (1994), las dificultades del tratamiento con el hombre violento se centran en algunas creencias arraigadas como:

- Amenaza de no “ser hombre”.
- Temor a compartir el poder con la pareja.
- Dificultad para pedir ayuda.
- Dificultad de expresar sus sentimientos ante otras personas.
- Dificultad, para aceptar el tratamiento, como una forma de cambio.
- Deserción del proceso terapéutico (hasta un 50%).
- Descalificar a la mujer y a los hijos.

El modelo propuesto es reeducativo, su objetivo es enseñarle al hombre violento nuevas formas de conducta. Se tiene como objetivos generales la creación de relaciones interpersonales no basadas en el control y dominio, sino en el respeto y equidad, con iguales derechos y obligaciones. Sin embargo los resultados obtenidos no tienen indicadores numéricos de impacto, deserción de un 50% sólo manteniendo un 20% entre 2 y 18 meses, estos últimos con un logro de “mejor comunicación con su pareja y familia”.

4.3 Dificultad en el tratamiento con víctimas de violencia. (CAVI)

Uno de los objetivos prioritarios es trabajar sobre las justificaciones acerca de la violencia. Esto les ayuda a desresponsabilizarse acerca de su culpabilización, desmitificando la ideología y las creencias culturales que legalizan la inferioridad de la mujer y, en consecuencia, aprueban la ejecución de la violencia sobre ellas.

Otra dificultad la encontramos al incitar a la mujer a dejar o disminuir al máximo el tener que dar explicaciones o justificaciones sobre sus acciones. El grupo a través del apoyo y la contención, otorga confianza y seguridad acerca de que no existe una correspondencia, entre socializar su problema y el riesgo que puede correr al concretarlo, todo esto siempre cuando no abandone la terapia.

La mujer maltratada además de sufrir el síndrome de la indefensión aprendida, se encuentra en un estado regresivo, una regresión propia coincidente como la que presentan los prisioneros de guerra. Esta situación es reversible a través de un tratamiento con el que la víctima puede recuperar el autoestima perdida y su propia valoración comenzando a actuar como un sujeto que piensa, decide y elige por si mismo. La Comunicación asertiva es otra dificultad observada en las víctimas de violencia y ésta es prioritaria en el trabajo de grupo. El objetivo que se persigue es lograr que las mujeres puedan expresar de forma libre, manifiesta, sin temores, sus sentimientos, necesidades, deseos y autoafirmaciones.

Los temas a tratar durante el proceso terapéutico para víctimas de violencia intrafamiliar son con los siguientes objetivos:

- Conocer la dinámica de la violencia o del círculo de maltrato.
- Reconocer sus comportamientos victimales.
- Identificar sus reacciones tanto emocionales como comportamentales, ante el maltrato recibido.
- Lograr mayor capacidad asertiva.
- Quitar mitos y culpas, en la participación del acto violento.
- Reconocer papeles de género que subyacen en la dinámica de la violencia intrafamiliar.
- Reconocer sus propios recursos en su desarrollo personal.
- Tomar la responsabilidad de su vida y poder, en su persona proyectadas en un estado de vida más satisfactoria a sus expectativas.

Sin embargo, estas temáticas son las que más se dificultan trabajar con mujeres víctimas de maltrato intrafamiliar. Y que como ya se vio anteriormente, dan como consecuencia que se la deserción. La terapia que se ofrece en CAVI, es con el enfoque Gestalt, a continuación se comentarán de forma general algunos aspectos de ésta.

4.4 Terapia Gestalt. (Aplicaciones Terapéuticas)

El existencialismo tiene una premisa que va en referencia a que los sucesos no deben ser explicados sino por el contrario deben ser vividos, la psicoterapia Gestalt dice: el cambio en el paciente no se logra a través de la racionalización ni de la explicación, sino por medio de la experiencia, es decir: de la vivencia. Ginger (1993). El primer paso del existencialismo es poner al hombre en posesión de su vida y asentar sobre él la responsabilidad absoluta y total de su existencia, llevándole al individuo a asumir la responsabilidad de sus actos, de sus sentimientos y experiencias.

La psicoterapia Gestalt es un modelo que aborda los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades, por ello incluso, el carácter de un individuo es el producto de la elección de las mismas. Este enfoque centra su atención en la conducta presente y exige la participación activa del terapeuta para facilitar en el paciente el proceso de darse cuenta de sí mismo, como un organismo total que es aprendiendo así a confiar en él y obtener de esta manera el desarrollo óptimo de todo su potencial.

Lo innovador de esta corriente es que se ocupa tanto del síntoma como de la existencia total del individuo. Es un concepto holístico que incluye también el ambiente con el que interactúa afectándolo y siendo afectado por el mismo. La Gestalt hace énfasis en la toma de conciencia de lo que ocurre en el momento inmediato, se centra en la importancia del proceso de "Darse cuenta" y la observación de la conducta en el "Aquí y en el Ahora". Salama (1997).

Esta terapia responde principalmente a las personas que sufren de problemas físicos o psicosomáticos catalogados como patológicos o bien se dirige a las personas que enfrentan dificultades o problemas existenciales, desafortunadamente frecuentes (conflictos, rupturas, soledad, duelo, depresión inactividad, bloqueos, sentimientos de ineficiencia o de impotencia, etc), pero también con cualquier persona. (Ginger, 1993).

Algunos elementos teóricos que ocupa la terapia Gestalt son los siguientes y durante todo el proceso terapéutico se centraliza en ellos.

Darse cuenta: el “darse cuenta” o awareness, está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una Gestalt.

Presente: Aquí y Ahora. Las dimensiones de pasado y futuro acreditan lo que fue y lo que puede ser algún día, estableciendo así las fronteras psicológicas para la experiencia del momento y el contexto psicológico que da el paciente el fondo necesario para la experiencia como figura. Algo que sea actual, tomando en cuenta el tiempo, siempre se ubica en el presente, de ahí que en terapia se utilizan palabras como: ahora y en este momento. Cuando en terapia se habla del presente se refiere al aquí y al ahora.

Ciclo de la Experiencia Gestalt: expresa de manera didáctica y clara en qué momento del proceso y cómo se presentan las interrupciones, es un proceso dirigido a lograr el objetivo propuesto en ese momento, en términos de la Gestalt se dice que es un proceso que contacta por medio de la vivencia la resolución de alguna situación inconclusa.

Bloqueos en el ciclo de la experiencia: las auto-interrupciones de la energía que la persona presenta se le denominan bloqueos, éstos sirven para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de su experiencia de acuerdo a los esquemas neuróticos adquiridos desde su infancia o adolescencia.

La gran importancia de la Gestalt, es el matiz vivencial de sus técnicas, lo básico es el experimento, es decir, el proceso, que resaltado en la experiencia interna del paciente facilita el modificar la conducta de la persona en el aquí y ahora de la sesión terapéutica, de manera sistemática y nutricional. Por todo lo anterior, en CAVI se trabaja con terapia Gestalt, ya que incorpora del existencialismo el asumir y aceptar la existencia en el aquí y en el ahora, esto se ve como algo dinámico, formando un campo holístico que da existencia y lleva al sujeto a ser el mismo y no distinto, incorporando y aceptando todas sus polaridades para alcanzar su trascendencia. En la sesión terapéutica se retoma la fenomenología como parte de lo obvio, buscando la no interpretación y la función del terapeuta sin representar sus propias necesidades ante sus consultantes a fin de que logre el crecimiento en el individuo. A continuación se pasará a describir lo que incluyó el proceso de realización del servicio social en CAVI.

CAPITULO 5

5.1 OBJETIVOS.

5.1 Objetivos Generales del Programa de Servicio Social de la Carrera de Psicología de la FESZ.

- A. Facilitarle al estudiante situaciones de aplicación de la teoría y práctica psicológica, que le permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas de la sociedad.
- B. Adaptar según las necesidades prioritarias de la sociedad, el perfil profesional del psicólogo.
- C. Proveer de actividades que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- D. Crear situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de psicología, para formar profesionales con ética.

5.2 Objetivos del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

Objetivo específico establecido por el CAVI: Coadyuvar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a los ciudadanos que acuden tanto, a las agencias del Ministerio Público, como a los Centros de Atención a Víctimas y otras dependencias de la PGJDF.

5.3 Objetivos personales del prestador de servicio.

- A. Aplicar los conocimientos tanto teóricos como prácticos que fueron adquiridos en las aulas y clínicas multidisciplinarias, con el fin de conjuntar y pulir el conocimiento.
- B. Conocer el sistema de tratamiento en la psicología clínica que se realiza en instituciones del Gobierno Federal.

5.4 Características Generales de la institución.

Delegación Política.

Localización: El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, perteneciente a la Suprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad, que a su vez pertenece a la Dirección General de Servicios a la Comunidad. Ubicado en calle Gabriel Hernández # 56 con esquina Río de la Loza, Colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc.

Superficie: cuenta con 32.40Km² de superficie. Equivalente al 21% del área del Distrito Federal.

Colindancia: al norte con la Delegación Azcapozalco, al este con la Delegación Venustiano Carranza, al sur con la Delegación Iztacalco y al oeste con la Delegación Miguel Hidalgo.

Población: 595 950 habitantes, el 7.25% de habitantes del Distrito Federal.

Esta delegación cuenta con escuelas de nivel preescolar, y nivel superior. Existen de todo tipo de viviendas que cuentan con todos los servicios. La principal forma de sobrevivencia es el comercio. Dentro de este territorio se ven edificios antiguos, pero también se cuenta con hospitales y edificios de construcción moderna.

Institución y Unidad de trabajo donde se realizó el Servicio Social.

El movimiento feminista en los años 80, hace un llamado a la sociedad y al gobierno mexicano con el firme propósito de atender en todos los aspectos a la Violencia Intrafamiliar, es así que la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, en Octubre de 1990, decide formar el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), mediante el acuerdo A/026/90, como respuesta a la problemática social que la violencia representa.

El CAVI está adscrito a la Dirección General de Atención a Víctimas del Delito, ésta a su vez depende de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad. Ofreciendo un servicio integral y gratuito a las víctimas de maltrato doméstico, en su mayoría mujeres, menores y adultos mayores, a través de un equipo multidisciplinario que se compone por los siguientes departamentos: trabajo Social, Médico, Psicológico y Legal, todos sus departamentos cuentan con el objetivo de procurar relaciones familiares libres de maltrato.

Algo que sin duda resalta de la atención brindada en CAVI es el apoyo psicoterapéutico, ya que si la víctima esta en condiciones de empezar a decidir por alguna alternativa de solución, ella decidirá si así lo quiere un proceso legal para solucionar la violencia a la que ha sido sometida.

Ya que se sabe que las conductas de las personas dependen de su género (mujer u hombre), y que dan como resultado situaciones que originan y mantienen conductas violentas dentro de la familia, en CAVI se trabaja bajo la visión de género. Se atiende a mujeres, adolescentes, niños, adultos mayores maltratados y hombres, a estos últimos canalizándolos a otros centros de apoyo. Utilizando el enfoque Gestalt se brinda el apoyo terapéutico durante 13 sesiones grupales, con una duración de dos horas por sesión y una vez a la semana.

La forma en que se brinda el servicio al usuario de CAVI responde a una organización interna que comienza al llegar la persona a solicitar el servicio, se le canaliza al departamento de trabajo social donde se llena la ficha de ingreso y posteriormente según decida el usuario se le pasa al departamento de psicología o a legal.

Profundizando un poco más en la atención que se brinda en el Departamento de Tratamiento Psicológico se puede decir que cada psicólogo un día a la semana se encarga de las valoraciones iniciales a las personas que llegan por primera vez, los otros días tienen actividades de terapia grupal, casos con detenido y la elaboración de reportes y dictámenes psicológicos solicitados por el ministerio público. Todo bajo la supervisión del Líder Coordinadora del Departamento de Tratamiento Psicológico.

Los prestadores de servicio social apoyan en las actividades descritas anteriormente según sean adscritos ya sea a un psicólogo clínico o a un perito en psicología. En CAVI los recursos humanos y materiales en el departamento de Psicología se componen de 9 psicólogas, una líder coordinador y un número variable de prestadores de servicio social que cada semestre se incluye en este servicio. En cuanto a los materiales de trabajo consiste en salas terapéuticas con sillas con una medida aproximada de 9 metros cuadrados y el material que se ocupa en cada sesión es traído por las usuarias ya que consiste en papel, tijeras, resistol, etc.

5.5 Actividades desarrolladas (Metodología del Servicio Social), y Población atendida.

Metodología del Servicio Social.

Las actividades realizadas durante el servicio social fueron diversas. En un periodo de 2 semanas al iniciar el tiempo de inicio, se organizó un curso de Inducción para los prestadores de servicio de la PJGDF.

En el programa "Sistema de Servicio Social de Pasantes de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal" bajo la dirección y coordinación directa de la Lic. Carmen Martínez Sánchez, se me asignaron las siguientes actividades de acuerdo al perfil profesional y área de adscripción.

Área de Adscripción:

Fui asignado el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, perteneciente a la Suprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad, que a su vez pertenece a la Dirección General de Servicios a la Comunidad. Ubicado en calle Gabriel Hernández # 56 con esquina Río de la Loza, Colonia Doctores.

En este Centro se brinda atención a todas las personas que refieren ser víctimas del delito de violencia Intrafamiliar, cabe señalar que en este Centro únicamente se recibe a las víctimas menores de 12 años y mujeres adultas, ya que los agresores se derivan a otro Centro de la misma Subprocuraduría. El apoyo que se brinda es multidisciplinario abarcando el área médica, trabajo social, psicología y legal.

Perfil Profesional:

En el departamento de tratamiento psicológico a cargo de la Lic. Maritza Arciniega F., líder coordinador del Departamento de Tratamiento Psicológico, se nos encargó las siguientes actividades dependiendo del profesional a quien fuésemos asignados.

El CAVI, en su departamento de Psicología cuenta con psicólogas clínicas y peritos en psicología desarrollando las siguientes actividades. En mi caso se me asignó estar con la Mtra. Soledad Rodríguez S. Perito en Psicología.

Actividades: Estas actividades se realizaron en el primer trimestre de la estancia en CAVI.

- a) Realizar Entrevistas Clínicas Semidirigidas. Donde se evalúa el estado psicoemocional causado por la violencia familiar (maltrato físico, psicoemocional, sexual y patrimonial), una vez determinado el estado emocional se canaliza a un grupo terapéutico en este Centro o se deriva a algún otro Centro perteneciente a la Subprocuraduría donde se atiende a adolescentes o generadores de violencia.
- b) Intervención en Crisis. Básicamente consiste en sesionar con la usuaria, con el fin de hacerle verbalizar su problemática.
- c) Asistencia a un Grupo Psicoterapéutico. En esta actividad la función que se desempeña es siendo Coterapeuta, el cual apoya al Terapeuta en las diferentes sesiones y temática que se cursan durante el proceso terapéutico que tiene una duración de tres meses y medio. Esta función abarca desde la escucha de los casos, hasta intervención y exposición en cada sesión de dinámicas y temas a tratar.

Para el segundo trimestre, ya después de tener un conocimiento más pleno en la materia se realizaron las siguientes actividades:

- d) Aplicación de pruebas psicometricas. En esta actividad se aplican las siguientes pruebas para fundamentar el Reporte Psicológico e Impresión Diagnóstica, estudios que son solicitados por el Ministerio Público.
 - Test Casa-Arbol-Persona. Buck, J.
 - Test Gestaltico Visomotor. Bender, L.
 - Test del dibujo de la Figura Humana. Machover, K.

En el tercer trimestre, después de trabajar muy cerca con el perito en psicología se me permitió apoyar en la elaboración de Reportes psicológicos, Impresiones Diagnósticas solicitados por el Ministerio Público.

- e) Elaboración de Reportes Psicológicos. Cabe señalar que esta función sólo la realiza el servidor social que está asignado a un Perito en Psicología. Básicamente es elaborar un reporte sobre el estado emocional que presenta el usuario, con base en una entrevista clínica semidirigida y la aplicación de pruebas psicométricas como las anteriormente mencionadas. El Reporte incluye: datos personales, técnicas empleadas, motivo de consulta, antecedentes, situación psicoemocional actual, daño moral , conclusiones y sugerencias.
- f) Impresión Diagnóstica. Contiene la misma estructura de un Reporte, pero la diferencia radica en que este estudio es solicitado por un Juzgado y el Reporte por el Ministerio Público. Además se le añade a la Impresión diagnóstica un daño social, familiar y económico.

Cabe señalar que dentro de las actividades desempeñadas, se aprendió a realizar expedientes de los usuarios atendidos, así como conocer las funciones de archivo y funciones administrativas del Centro. Es importante señalar que la formación que se nos brinda en la FES Zaragoza, específicamente en la materia de Servicio, en la clínica multidisciplinaria Tamaulipas es muy similar a lo desempeñado durante el servicio así que ésto nos dota de muchas herramientas y capacidades que benefician el servicio con el paciente del CAVI.

Población Atendida.

En el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar se atienden a todas las personas que requieran el servicio y que digan ser víctimas de violencia, sin embargo, comúnmente se atienden a mujeres, adolescentes y niños y de una forma esporádica se atienden hombres y adultos mayores que posteriormente son canalizados a otros Centros pertenecientes a la PGJDF.

Muchas de estas personas son víctimas que se atrevieron a denunciar a su agresor y que llegan a CAVI, con demasiada angustia y temor por ser nuevamente agredidas, de aquí que pasan a ser atendidas por la trabajadora social del Centro y al ser escuchadas rompen en llanto, situación que es confundida por la profesional a cargo. De lo anteriormente descrito surge la propuesta del modelo de intervención en crisis que se aborda en este trabajo y que a continuación se entra en materia.

CAPÍTULO 6

INTERVENCIÓN EN CRISIS

6.1 Modelo de intervención en crisis.

Los orígenes de la Intervención en Crisis se encuentran en el trabajo de Lindemann, (1944) sobre los trastornados por el incendio de Boston, más tarde, Caplan, (1964) colaborando con Lindemann, se refirieron a la intervención en crisis como un estado provocado cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de su vida, que por un tiempo, resulta inmanejable por medio de la aplicación de los métodos usuales para resolver problemas

A esto sigue un periodo de desorganización y de perturbación durante los cuales se hacen diversos intentos que conducen a la solución del problema. Eventualmente se consigue un tipo de adaptación que puede o no ser de interés para la persona y sus parientes.

Las raíces semánticas del término crisis se encuentran con la palabra china (**Weiji**), de la cual se desprenden dos concepciones, la primera de ellas; **peligro** y la segunda, **oportunidad** Wilhelm, (1967, citado por Bellak, 1988).

Por otro lado la palabra crisis proviene del griego **Krinein**, con significados como; decisión, discernimiento, momento crucial donde habrá un cambio para mejorar o empeorar. Slaikou, (1988).

Para efectos de este trabajo se contará con la siguiente definición de crisis:

“Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”. Caplan (1964). Pág. 67

Esta definición hace referencia a que todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado, en tiempo, se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo, apoyo familiar y recursos sociales.

Para algunos autores la base de la teoría de la crisis se fundamenta en la premisa de que una persona relativamente estable reacciona ante una crisis con una sensación de congoja que le lleva a mal adaptarse o a adaptarse en el proceso. Presumiblemente, la intervención en crisis intenta solamente "retornar" el organismo al funcionamiento inicial anterior a la crisis. Sin embargo, existe la posibilidad de que el paciente pudiera espontáneamente alcanzar niveles de adaptación superiores, considerando que en algunos casos el conocimiento logra estos niveles automáticamente.

La Dinámica de la reacción en crisis no parece ser en ninguna manera diferente de la formación sintomática ordinaria, psiquiátrica o somática. En enfermedades físicas agudas el cuerpo enfrenta una invasión bacteriana o viral con anticuerpos u otros mecanismos de defensa y, aunque incapacitado, comienza a adaptarse a la invasión.

En algunos casos el cuerpo queda más vulnerable, como en el caso de la neumonía. En otras enfermedades de origen viral, los anticuerpos producidos reaccionan dando una protección temporal o hasta de por vida contra una infección mayor, estableciendo en forma permanente en el cuerpo un modo mejor de luchar contra la enfermedad.

La sintomatología neurótica y aun la psicótica, en respuesta a situaciones traumáticas, siguen un patrón muy similar. Muchos síntomas son, claramente, intentos de adaptación y solución al problema, que tienen éxito en grado variable y pueden dejar al individuo más fuerte que antes de que sobreviniese la situación traumática. No parece existir diferencia entre la dinámica involucrada en tales casos y aquellos descritos en la teoría de la crisis. Es por eso que los términos "Intervención en crisis" y "Psicoterapia de emergencia", son intercambiables.

El ayudar a una persona a tratar con una crisis inmediata o de emergencia en forma simultánea puede ser un intento de alcanzar un mejor nivel de ajuste general al que existía antes. La psicoterapia de emergencia o intervención en crisis, sigue básicamente los mismos principios que la terapia breve en situaciones no críticas o de no emergencia.

No existen diferencias teóricas ni de conceptos básicas entre la intervención en crisis y la psicoterapia de emergencia. La Psicoterapia breve puede ser aplicada a cualquier problema emocional ya que es útil como medida preventiva y aunque es un tratamiento corto, impide que el mal evolucione hacia una desadaptación grave que pueda llegar a ser un trastorno serio y crónico. Slaikeu (1988).

Existe un amplio rango de técnicas terapéuticas sobre el cómo aplicar intervención en crisis, que proponen algunos autores como: Auerbach y Kilmann, 1977; Butcher y Koss, 1978; Butcher y Maudal, 1976; Slaikeu, Tulkin, y Speer, 1975, (citados por Slaikeu, 1988). Sin embargo no hay principios resumidos comprobados y verdaderos de la intervención en crisis. ya que no hay una forma única de aplicar esta intervención, debido a las diferencias individuales.

Crisis circunstanciales de la vida.

No todas las crisis se relacionan de modo directo con el proceso natural de maduración; muchas son por completo imprevisibles. La pérdida de toda una familia en un accidente automovilístico, la leucemia en un niño de ocho años, la violación, el ser tomado como rehén bajo amenaza de muerte: sucesos como éstos son los que se denominan crisis **circunstanciales**. La característica sobresaliente de estas crisis es que el suceso precipitante (inundación, ataque físico o la muerte de un ser querido, desempleo por alcoholismo o drogadicción, por ejemplo) tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se halla, como es caso de las enfermedades, a estas se le denota crisis **evolutivas**. Las crisis circunstanciales pueden afectar, de modo virtual, a cualquiera, en cualquier momento. Debido a las características de esta problemática que aquí se aborda, se le dará énfasis a las crisis circunstanciales ya que comúnmente a través de ellas, es como llega una víctima de violencia intrafamiliar.

Las características principales de las crisis circunstanciales son:

1.- **Aparición repentina.** En tanto que la lucha con los conflictos del desarrollo, por lo general, se desenvuelve en el curso de algunos años, las crisis circunstanciales parecen atacar todas al mismo tiempo, desde ninguna parte.

2.- **Imprevisión.** En tanto que individuos y familias pueden anticipar algunas transiciones de la vida, y, de ese modo, prevenir una crisis, pocos son los que están preparados para una crisis circunstancial o que creen que ésta les puede ocurrir. En la mayor parte de los casos, la gente tiende a pensar que **“eso le sucederá a alguien más”**.

3.- **Calidad de urgencia.** Puesto que muchas de las crisis circunstanciales amenazan el bienestar físico y psicológico, con frecuencia comienzan como urgencias que requieren de acción inmediata. Las estrategias de intervención en crisis deben, por consiguiente, permitir que las prioridades sean evaluadas de modo rápido y que ello sea seguido de la ejecución de pasos de acción apropiados.

4.- **Impacto potencial sobre comunidades enteras.** Algunas crisis circunstanciales afectan a un gran número de personas de modo simultáneo, y se requiere la intervención en grandes grupos de personas.

Crisis vitales durante el desarrollo.

Small, (1997), señala que los procesos reales por los que diversas intervenciones en crisis originan cambios individuales deseados, no han recibido atención suficiente para facilitar su evaluación. A excepción de ciertos estudios, se han

dirigido muy pocos esfuerzos de investigación, hacia la revisión del modelo teórico, implícito en las estrategias de la "intervención en crisis".

Erikson, (1963, citado por Slaikeu, 1988), fue el primero en formalizar la idea de que la personalidad continúa su desarrollo en el curso de la vida. En tanto que Freud, (1930, citado por Slaikeu, 1988), sugirió que la personalidad se estructura de modo determinante durante los primeros años de la infancia, que después llevan a los conflictos del desarrollo en varias etapas a lo largo del ciclo vital.

Las hipótesis principales detrás de un planteamiento del desarrollo en las crisis vitales incluyen lo siguiente:

1.- La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambio continuo. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único porque es extremista, no por el cambio en sí mismo.

2.- El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones (algunos le llaman etapas), cada una caracterizada por ciertas tareas. Erikson, (1963; Havighurst, 1952, citados por Slaikeu, 1988). Proponen que en cada transición o etapa surge una crisis.

3.- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el entorno de la historia personal de un individuo. Una discusión entre un chico de 17 años y su padre acerca de las amistades de aquél, la hora de llegar a casa y el beber alcohol debe considerarse dentro del ámbito de formación de identidad en la adolescencia tardía.

4.- Una crisis es la versión extrema de una transición.

Preocupaciones del curso del ciclo vital (familia y economía).

Numerosas crisis circunstanciales se relacionan con cambios en la vida familiar, que incluyen la gama completa de cambios económicos que pueden precipitar crisis algunas veces. La migración y reubicación se caracterizan por un cambio ambiental completo para los miembros de la familia, lo que abarca la pérdida de amigos y familiares circundantes, el reto de nuevos ambientes, y el desarrollo de nuevos contactos sociales, estabilidad económica y otras adaptaciones a un nuevo medio. Los suministros sociales de los miembros individuales de la familia se pierden, y se necesita un ajuste y nuevos comienzos (Freid, 1976; Levine, 1976, citados por Streaun, 1982). Mas allá de eso, el cambio de las condiciones económicas, la inflación y el desempleo traen un trastorno social que de manera clara tiene efectos en el funcionamiento individual, psicológico y familiar.

Un estudio del gobierno de los Estados Unidos en 1976 intentó estimar los costos sociales de la política económica nacional. El hallazgo más importante fue que a un incremento de un punto porcentual en el desempleo se relacionó con los siguientes acontecimientos, durante un periodo de seis años:

- 36,887 muertos en total, lo que incluyó 20,240 muertes por males cardiovasculares;
- 920 suicidios.
- 648 homicidios.
- 495 muertes por cirrosis hepática.
- 4227 ingresos a hospitales mentales del Estado.
- 3340 ingresos a prisiones estatales.

Los cambios ambientales representados por los descensos económicos y la migración tienen implicaciones claras para la prevención primaria, y también para la intervención en crisis, así como puede esperarse que el maltrato a los niños se incremente con el clima inclemente, también puede esperarse que la aparición de crisis vitales aumente durante los periodos inflacionarios. Al reconocer esto, algunos empleadores han dado pasos para ablandar el impacto de la migración en la vida familiar y para proporcionar asistencia en el enfrentamiento con la desorganización, lo cual puede esperarse en familias después de que se presenta una mudanza. Para fines de este trabajo se incluirán todos los determinantes posibles que den como consecuencia la violencia Intrafamiliar, como es el caso de las siguientes:

Entre las primeras cinco causas más comunes por las cuales llega una mujer víctima de maltrato, solicitando apoyo psicológico y legal, encontramos las siguientes. P.G.J. (1998).

- Consumo de alcohol y drogas por el agresor.
- Infidelidad.
- Maltrato físico, psicológico, sexual y económico.
- Los hijos han crecido y ya no dependen del agresor. (después de 15 años aprox.).
- Celotipia.

Estos anteriores factores se encuentran en diferentes etapas de la vida de pareja, en cada etapa se encuentran crisis muy específicas, a continuación se mencionan algunas de ellas para facilitar la comprensión de éstas.

Adulthood temprana: implica preocupaciones relacionadas con la intimidad, paternidad y la iniciación en una carrera u ocupación, esta etapa se refiere a un periodo de asentamiento y consolidación de las raíces, es así como las preocupaciones del desarrollo pueden, en combinación con los sucesos determinantes de la vida, proporcionar la ocasión para una crisis. Ésta puede incluir, por ejemplo, el conflicto de una mujer joven para equilibrar las preferencias entre su profesión y familia. Su selección de opciones no se realiza en el aislamiento pero depende mucho de las actitudes y comportamientos del cónyuge y la familia.

A continuación se presenta un cuadro propuesto por Bellak, (1988) donde se expone la etapa , transición, preocupaciones y posibles crisis que corresponde a cada etapa.

ETAPA	MOTIVO DE TRANSICION	PREOCUPACIONES	POSIBLES SUCESOS DE CRISIS
ADULTEZ TEMPRANA (18-34) AÑOS	INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO	1.- INICIAR UNA FAMILIA O NO. 2.- DESARROLLO DE HABILIDADES PATERNALES.	1.- DIFICULTAD EN LAS EXIGENCIAS DEL ROL PATERNO (DISCIPLINA Y ENFERMEDAD DE LOS HIJOS) 2.- CONFLICTOS CON LA PAREJA, ECONOMIA Y PROFESIÓN.
ADULTEZ MEDIA (35-50) AÑOS	GENERATIVIDAD VS. ESTANCAMIENTO.	1.- CAMBIOS FISIOLÓGICOS. 2.- NUEVAS RESPONSABILIDADES (PADRES E HIJOS). 3.- MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA VIDA.	1.- ENFERMEDAD. 2.- CLIMATERIO. 3.- DESEMPLEO. 4.- INSATISFACCIÓN DE METAS.
MADUREZ (50-65) AÑOS	GENERATIVIDAD VS. ESTANCAMIENTO.	1.- ADAPATACION A LA VEJEZ. 2.- JUBILACIÓN. 3.- REEVALUAR, CONSOLIDAR LAS RELACIONES.	1.- PROBLEMAS DE SALUD. 2.- DECISIONES DE LA JUBILACIÓN. 3.- NIDO VACIO.

Transición o Crisis.

Hay una gran cantidad de hipótesis para indicar cuando una transición puede convertirse en crisis ésto incluye:

1.- Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta. Danish y D´Augelli, (1980, citados por Slaikou, 1988), sugieren que la transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser frustrada por la falta de habilidad, conocimiento o la incapacidad para correr riesgos.

2.- Otras maneras de entender cómo una transición puede convertirse en crisis, es pensar en términos de la sobrecarga de exigencias. Bellak, (1988).

3.- Una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes. Danish y D´Augelli, 1980, citados por Slaikou, 1988).

La crisis el momento propicio.

Caplan, (1964) identificó cuatro fases de la crisis:

- Elevación de la tensión.
- Sensación de desagrado.
- Desorganización de la conducta.
- y una situación peligrosa que exige adoptar una conducta de superación adecuada.

El peligro provoca falta de decisión, con lo que la tensión aumenta; la tensión alcanza un punto en que se movilizan las fuerzas internas y externas adicionales (en este momento puede aparecer cierto grado de resolución, ya que existe la posibilidad de que se recurra a métodos de emergencia para solución de problemas, o que el problema se defina de manera distinta de la original o que se renuncie a ciertas metas); se produce una desorganización de alto grado cuando el problema subsiste y no se lo puede solucionar, evitar o volver a definir.

Hasta el momento sólo se cuenta con una reseña de informes clínicos y de investigación que brindan algunos aspectos para considerar el planeamiento de una intervención en crisis, aun cuando pocos de los principios mencionados aquí han sido el tema de investigación rigurosa, su resurgimiento en la literatura clínica da certeza de su fuerza para resistir y proporciona un reto para los investigadores.

A continuación se presentan algunas características distintivas de la intervención en crisis, que han sido expuestas por diversos terapeutas:

6.2 Principios Clínicos.

Duración: a corto plazo, la terapia limitada en tiempo es el tratamiento de elección en las situaciones de crisis. La literatura propone que el proceso de ayuda tomará el tiempo que toma la mayoría de las personas para recobrar el equilibrio después de un suceso de crisis, alrededor de seis semanas según Caplan (1964).

La mayoría de los investigadores ubican la intervención en crisis en un periodo de una a seis semanas. Aguilera y cols.,(1974; Burgess y Baldwin, 1981, citados por Bellak, 1988), a diferencia de las intervenciones que van de meses a años en la psicoterapia a largo plazo. Al tener pocas sesiones se obtienen claras ventajas económicas y brindar terapia directa durante la crisis, también tiene ventajas terapéuticas adicionales. Se aumentan las oportunidades del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que maneje la situación y se traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada.

La experiencia de crisis es un momento de grandes riesgos, tanto para el paciente como para la familia, la ayuda debe estar disponible y en lugar de fácil acceso, es por eso que algunos servicios que brindan su apoyo por teléfono operan las 24 horas, de los 365 días del año. La ley de Hansel dice: la eficacia del servicio de intervención en crisis se incrementa al instante como función de su proximidad en tiempo y lugar del suceso de crisis. McGee, (1976, citado por Slaikeu, 1988).

Se ha considerado que si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro puede aumentar la crisis, resultando en pérdida de la vida (suicidio u homicidio). Otro peligro es que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento puedan arraigarse profundamente en la vida del paciente.

Objetivos: estos aspectos son comunes en todos los autores que trabajan con intervención en crisis y van en referencia a que el fin es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis. Diversos autores dicen que se debe buscar la restauración del equilibrio, en tanto que se centran en la reobtención de la capacidad del individuo para enfrentar la situación, a diferencia de la psicoterapia a largo plazo en donde se busca la reducción del síntoma, reorganización de la personalidad o cambio conductual.

Sin embargo, la mayoría de los terapeutas reconocen que el paciente nunca vuelve al funcionamiento anterior, Pero sí el paciente aprende nuevas formas de enfrentamiento (reelaboración cognitiva). Se logra en el paciente que perciba la vida de modo distinto que antes que ocurriera la crisis, se le capacita de nuevas direcciones para enfrentar el futuro.

Evaluación: La evaluación específicamente consistirá en identificar las variables que precipitaron la crisis, así como detectar que factores mantienen al paciente en la desorganización y sufrimiento, y las que se pueden trabajar para el cambio. se evalúan las capacidades y deficiencias del paciente, las fuerzas y recursos sociales se pueden usar para ayudar a la persona a enfrentar la angustia de la crisis.

Papel del Terapeuta: el terapeuta debe ser activo, directivo y orientado hacia la meta, ésto para que el terapeuta tenga acceso a la dificultad y a las necesidades inmediatas y precisas. El desafío de la intervención en crisis no sólo se vincula al trabajo eficaz y eficiente con el paciente, sino también con la participación del suprasistema (familia y comunidad) para resolver la crisis.

Mientras el terapeuta está enfocado en los objetivos y la dirección de la crisis, se promueve en el paciente que haga todo lo que pueda por él mismo, siendo ésto un factor que se le da al paciente para la independización.

La literatura sobre la intervención en crisis muestra diversos enfoques para apoyar al paciente a enfrentar una crisis. a continuación se resumirán algunos de estos enfoques como base para la propuesta del modelo que se propone en este trabajo.

McGee y colaboradores identifican dos áreas de realización del terapeuta: eficacia clínica y técnica. Fowler y McGee, (1973; Knickerbocker y McGee, 1972; McGee, 1974, citados por Small, 1997). La primera se refiere a la habilidad del asesor para mostrar empatía, autenticidad y aceptación al paciente. La eficacia técnica se refiere a la aptitud para evaluar la mortalidad en casos de suicidio, explorar recursos y hacer referencias adecuadas. Walfish y cols., (1976, citados por Slaikou, 1988).

Algunos autores comentan lo que hacen los asesores y el entrenamiento requerido para hacerlo, al definir diferentes intervenciones en crisis. por ejemplo, Jacobson, Strickler y Morley (1968, citados por Small, 1997), diferencian entre cuatro niveles de intervención en crisis:

- 1) Manipulación ambiental (vinculando a una persona al recurso de ayuda tal como el sacerdote, amigo o institución).
- 2) Apoyo general (empatía para escuchar el hecho por los vecinos, cantineros y otros).
- 3) Enfoque genérico (trabajo a corto plazo por personas entrenadas en intervención en crisis).

- 4) Intervención en crisis, (adaptada para cada individuo por personas con amplio entrenamiento en psicología anormal, teoría de la personalidad, teoría de la crisis y áreas relacionadas).

Pasewark y Albers (1972, citados por Small, 1997), refieren que la intervención en crisis incluye tres áreas generales:

- A. Establecer o facilitar la comunicación (entre las personas en crisis, otros significantes, instituciones, etc.)
- B. Ayudar al individuo o familia a que perciban correctamente la situación (con un enfoque sobre sucesos concretos, sus significados y posibles resultados).
- C. Ayudarlos en el manejo de sentimientos y emociones de manera franca.

Por su parte Viney (1976, citado por Slaikeu, 1988), describe a los profesionales como ayudar a los pacientes a:

- Conseguir la homeostasia pérdida por la crisis.
- El logro cognoscitivo sobre la crisis.
- Realizar cambios conductuales.

La primer área ayuda sobre las técnicas facilitantes de la catarsis o enfrentar sentimientos. En la segunda, el terapeuta ayuda a la persona a que obtenga la comprensión de los mapas cognoscitivos y expectativas que se violaron por acción del suceso de crisis, con el fin de desarrollar nuevas conceptuaciones de si mismo y de otros.

En casos sin amenazas a la vida o miembros del cuerpo, los terapeutas deben tomar apoyo o una posición facilitadora al trabajar con la persona en crisis (escuchando y/o sugiriendo soluciones posibles). En situaciones más mortales (abuso del niño), los terapeutas pueden tomar un enfoque más asertivo (intentar una referencia) o control (informar del abuso del niño a las autoridades, iniciar la hospitalización de urgencia). En el siguiente apartado se especifica el modelo de intervención en crisis de primer y segundo orden.

6.3 Intervención en Crisis de Primer y Segundo orden.

Diferenciar a estos dos modelos es importante ya que existen características en cuanto a técnicas, duración del tratamiento, servicios específicos de rescate, objetivos y entrenamiento que los diferencia.

Un modelo de intervención en crisis debe tomar en cuenta las crisis de la vida, el posible desequilibrio, altos riesgos, sentido de urgencia e intermediación de las mismas. El modelo necesita considerar al individuo como un participante activo en muchos sistemas como lo es la familia, el trabajo, la religión y su vecindad. Es así que como consecuencia de la violencia intrafamiliar se produce una crisis a raíz del maltrato.

El maltrato psicológico produce crisis, desequilibrio emocional agudo y una sensación de estar enloqueciendo, (alteraciones CASIC) aunado a esto se le suman las manifestaciones psicósomáticas. La víctima sometida a este clima emocional sufre una progresiva debilitación psicológica. Corsi (1994).

El maltrato sexual ocasiona síntomas similares a los que deja una violación sexual, tales como represión, sentido de derrota, dolor emocional, pérdida de ánimo. Los casos de crisis observados en CAVI, corresponden a lo anteriormente mencionado. Estas son algunas razones por las cuales el problema de la violencia familiar no puede seguir siendo entendido como una cuestión privada, ya que la salud, la educación, el trabajo, y la seguridad, son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto es un problema que afecta a todos en cuanto miembros de una comunidad.

Crisis de Primer Orden: también se conoce como la primera ayuda psicológica y toma tan sólo una sesión. En esta sesión brinda apoyo, reduce la mortalidad y proporciona recursos de ayuda posterior. La pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad, en el lugar y en el momento en que sucede.

La policía proporciona la primera ayuda psicológica cuando interviene en riñas domésticas, como lo hacen los abogados cuando se toman el momento para aconsejar a un cliente emocional y luego lo refieren con un terapeuta.

La primera ayuda psicológica es una intervención breve tomándose donde sea, desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante.

El primer contacto completo de ayuda va dirigido a las siguientes áreas: pasar el día ó noche; planear lo mejor para la próxima etapa. De aquí surgen tres subobjetivos:

- Proporcionar apoyo.

- Reducir la mortalidad (abuso en niños, maltrato del cónyuge, suicidio y casos de homicidio).
- Vincular recursos de ayuda (referir con un asesor).

Una problemática que se debe atender en la intervención de 1er. orden es la que respecta a la ideación suicida, no existe problema cuando lo reporta el usuario, pero que sucede cuando no lo hace, más sin embargo el pensamiento de quitarse la vida lo alberga en su mente. Es por esto que se hablará del comportamiento del suicida así como de su perfil de la mujer suicida, a fin de preparar tanto al personal que atenderá el 1er. Y segundo nivel, ya que las estadísticas revelan que entre el 8 y 60 por ciento de los pacientes que han tenido un intento suicida tienen intentos repetitivos. P.G.J. (1998).

Comportamiento Suicida Previo.

Es probable que durante la entrevista o intervención en crisis amenacen al personal que los este atendiendo (trabajadora social, psicólogo o pasante), con suicidarse. Ya que reportan ideas constantes de muerte (obsesiones) y posibilidades de suicidio, por lo que como antecedentes siempre están episodios maniaco-depresivos previos y depresión mayor, caracterizándose por (pérdida de intereses, tristeza, desesperanza, apatía, falta de iniciativa, irritabilidad. Y como mínimo 4 de los siguientes síntomas diariamente durante dos semanas:

- Falta de apetito y pérdida de peso sin dietas. (anorexia).
- Agitación en rendimiento psicomotor.
- Insomnio e hipersomnia.
- Disminución de placer y motivación sexual.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Sentimiento de desamparo.
- Sentimiento de inadecuación.
- Sentimiento de confusión.
- Sentimiento de ansiedad.
- Síntomas físicos.
- Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales, familiares, sociales y así como en las actividades sociales.

Uno de los axiomas de la asociación, es que el suicida no se mata, "lo matan", antes de cometer el acto que le provoca la muerte, transcurre un periodo de tiempo dividido en tres etapas:

- Ideación suicida. "*mi vida no tiene sentido*", es en realidad un grito de demanda de ayuda.
- La conducta suicida. caracterizada por actos inhabituales en el sujeto, como el repentino orden que establece en sus cosas alguien desordenado.
- Acto suicida.

A estos tres periodos indica, corresponden tres acciones: La prevención, aplicable a las etapas de ideación y conducta, la intervención, no siempre limitada al médico, pues los familiares pueden a veces evitar que se concrete el acto y la postvención, destinada generalmente a disminuir el complejo de culpa que suelen sentir la familia y los amigos del fallecido. Caplan ((1964).

Perfil de la mujer Suicida.

Al elaborar el perfil de la mujer suicida, se consideran los siguientes factores: Carencia de recursos para enfrentar el mundo, desde problemas económicos hasta conflictos de identidad, si ha tenido un comportamiento suicida anterior, y si tiene un plan o más para concretar su muerte, agregándose a esto las causas de tensión, como depresión o abuso de drogas, su edad y sexo.

Aunque solo existen conjeturas sobre las causas de un suicidio, señala, la pérdida sufrida por una persona referida al objeto amoroso, al patrimonio o a un órgano del cuerpo, suelen ser el motivo principal. P.G.J. (1998).

En el ámbito de la violencia intrafamiliar los cambios de roles pueden también constituir una causa que origine la crisis, algunos casos son los siguientes, la mamá que deja de serlo cuando sus hijos se van de la casa, o el estudiante que comienza a trabajar, dejando de estudiar, todo esto debido a la violencia en casa. En México quizás la crisis económica haya provocado, un mayor número de suicidios, cabe señalar que siempre unida a otras variables. Si la persona no tiene un comportamiento que le ayude a soportar una situación como la crisis, su problema fundamental será su inhabilidad para soportarla.

Los objetivos que se proponen para efectos de este trabajo, así como el modelo que se propone para la intervención de crisis de primer orden (primera ayuda psicológica), incluirá una sesión, debido a la deserción por parte de las usuarias que muchas de las veces no aceptan el tratamiento psicológico. Cabe mencionar que esta intervención según la organización de CAVI, donde la primera ayuda que se brinda al usuario es en el departamento de trabajo social, por lo que esta intervención se estructuró para ser aplicada por las trabajadoras sociales de CAVI.

Componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos.

En la elaboración del proceso de los primeros auxilios psicológicos algunos teóricos de la intervención en crisis (Berg, 1970; Knickerbocker y McGee, 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976^a, citados por Slaikeu, 1988), proponen cinco componentes en la primera ayuda psicológica, donde se propone un modelo básico de resolución de problemas, que busca el cambio a la luz de las emociones intensas de las situaciones de crisis. Este modelo es el que será utilizado en el presente trabajo.

El enfoque abarca:

- Realizar un contacto psicológico.
- Analizar las dimensiones del problema.
- Sondear posibles soluciones.
- Asistir en la ejecución de pasos concretos.
- Seguimiento para verificar el progreso.

Crisis de Segundo Orden: también conocida como terapia en crisis. es un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y dirige mejor la resolución de la crisis.

La resolución de la crisis consiste en ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.) de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida. El resultado deseado para el individuo es estar listo y mejor dotado para el futuro.

Como proceso terapéutico, la terapia en crisis es mejor comprendida como empresa a corto plazo (algunas semanas o meses). Idealmente se acompañará de un periodo de cinco a seis semanas. La terapia en crisis no sólo requiere de más tiempo, que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y entrenamiento sobre la participación del ayudante que hace la primera ayuda psicológica. "Psicoterapeuta" es la categoría bajo la que se incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, asesores pastorales, enfermeras psiquiátricas, orientadores escolares y otros que tienen entrenamiento formal en terapia a corto plazo.

En las listas siguientes se plasman algunos objetivos que diversos autores citados por Small, 1997), proponen :

Sifneos, citado por Small, 1997), propone un enfoque de la crisis que se funda en los siguientes elementos:

- Hacer de la terapia una empresa compartida en la que se emplee la motivación que el paciente tenga para mejorar.
- Revisar con el paciente el desarrollo de la crisis, de modo que comprenda el curso de la misma.

- Alentar al paciente toda vez que este se proponga dar pasos prácticos y realistas para resolver la crisis.

Jacobson y otros,(1968, citados por Small, 1997) aplican el siguiente modelo:

- Explicación del problema del paciente en lenguaje conciso que el pueda comprender.
- Preparación del terapeuta para aceptar el deseo del paciente de no seguir recibiendo asistencia profesional una vez establecido el equilibrio.

Morley, (1968, citado por Small, 1997) describe algunos puntos:

- El terapeuta debe estar convencido de la efectividad del tratamiento de metas limitadas y no considerarlo bueno a falta de algo mejor.
- La descarga debe ser la meta desde el momento mismo del comienzo del tratamiento.

Rapoport, (1980, citado por Small, 1997) presenta una lista de pautas de respuesta que un individuo necesita para la resolución saludable de la crisis:

- Percepción precisa de la situación.
- Percepción de sentimientos, ventilación y dominio de los mismos.
- Búsqueda de ayuda por individuos o instituciones.

Klein y Lindemann, (1960, citados por Small, 1997) esbozan que un modelo de intervención en crisis debe incluir los siguientes elementos.

- Evaluación y predicción.
- Planeamiento de la intervención, revisando si la crisis tiene origen reciente o no.
- Unión de fuerzas entre terapeuta y paciente.
- Resolución de la crisis y planeamiento preventivo.
- Ningún caso se da por cerrado.
- Se trata de terminar el tratamiento con una nota optimista, realzando los adelantos alcanzados y se delinear las consecuencias de los mismos ante posibles problemas futuros.

A manera de conclusión diremos que la primera ayuda Psicológica (intervención de primer orden), y la terapia en crisis difieren una de otra por la ubicación del servicio. Ya que la primera ayuda psicológica puede proporcionarse casi en cualquier lugar (teléfono, estación de autobús, hogar, en la calle, oficina) la terapia en crisis tiene los mismos requerimientos de espacio físico como cualquier otra forma de asesoría o psicoterapia, trabajando una hora por sesión.

Por último, la terapia en crisis se distingue por sus procedimientos. Apoyándose en el trabajo de Lazarus (1976, 1981, citado por Slaikeu, 1988), en donde se menciona que la terapia multimodal de la crisis examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos de cualquier crisis en el paciente. La terapéutica se compone de cuatro actividades de resolución de crisis:

supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo, y adaptación conductual- interpersonal.

6.4 DISEÑO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

El hablar de una terapia de cinco sesiones, no quiere decir que sea estrictamente así. Existe una razón por la que se optó desarrollar este modelo en cinco sesiones y es debido a que las últimas estadísticas de centros e instituciones psicológicas, como es el caso de CAVI, donde los reportes internos de cada terapeuta han indicado que la mayoría de los pacientes, especialmente aquellos que llegan a las clínicas de atención externa, así como a la terapia de CAVI, asisten a sus sesiones más o menos cinco veces consecutivas para entonces suspender su tratamiento. P.G.J.D.F (1997).

Esto es debido a que tengan como modelo el ejemplo médico (sólo una sesión), además que no están familiarizados con las psicoterapias de larga duración. Teniendo en cuenta que los usuarios de CAVI son personas de escasos recursos, con un promedio de tres hijos y sin el apoyo económico de la pareja, que tienen que mantener a la familia, o en su defecto no les es permitido faltar a sus empleos es por ésto que se propone esta duración, ya que es más oportuno hacer un plan de psicoterapia dentro del marco de lo que el paciente esté dispuesto a aceptar.

La importancia de esta propuesta, en primer lugar radica en el diseño de un modelo útil para intervenir una crisis, basada en una revisión bibliográfica junto con las experiencias adquiridas en CAVI. Este modelo intenta solucionar la problemática que CAVI presenta al no contar con una capacitación de sus trabajadoras sociales en cuanto a realizar una primera ayuda psicológica o intervención de crisis, ya que es muy fácil que una trabajadora social confunda cuando una persona se encuentra cursando entre un estado de ansiedad, estrés o una crisis y ésto se aúna al no contar con un número adecuado de psicólogos que pudieran atender el caso. Por esta razón se le pide al pasante de psicología que sólo escuche a la persona y trate de lograr la catarsis únicamente.

En segundo lugar, también se busca contar un modelo que apoye a un caso de intervención en crisis de una manera sencilla y en un tiempo corto. No se debe olvidar que esta propuesta al emplearse debe ser corregida, sin embargo este modelo presenta un objetivo secundario que ofrece una solución eficaz para la deserción que involucra una terapia de CAVI, además que ayudara a detectar y capacitar al profesional de trabajo social para la atención de un caso de intervención en crisis, optimizando el tiempo y aún más importante salvaguardando la vida del individuo.

6.5 PROPUESTA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Se propone la implementación de un modelo de intervención en crisis para las usuarias que acuden al servicio de CAVI. Todo eso debido a los altos índices de violencia familiar en nuestro país y considerando también la necesidad de brindar atención a las víctimas de este problema de orden social, de una manera eficaz y oportuna, tanto por las características de la problemática que se atiende como de la demanda social de estos servicios, ésto hace necesario optimizar los recursos humanos de las instituciones que prestan estos servicios.

La Violencia Intrafamiliar es un problema social que va en aumento y aún cuando se cuenta con centros de atención para ésta, como es el caso de CAVI, resulta imposible abordar de manera general esta problemática.

Durante la ponencia “La psiquiatría y el año 2000”, que se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, y que estuvo a cargo de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, se mencionó que para el nuevo milenio habrá aproximadamente, casos de violencia intrafamiliar en el país en un 60% de las familias. P.G.J.D.F. (1997).

Uno de los mayores problemas observados en CAVI, estuvo en referencia a la falta de un modelo de intervención en crisis y por ende la deserción terapéutica, donde en un grupo terapéutico por iniciar se encontraban enlistadas aproximadamente 40 personas y a la primera sesión sólo se presentaba un 50% de usuarias, y yendo más a fondo sólo terminaban el proceso terapéutico alrededor de 10 usuarias. Con este modelo se espera reducir al máximo la deserción observada.

Diferenciación.

A fin de ofrecer una mejor capacitación para las trabajadoras sociales de CAVI, acerca de contar con una distinción clara entre estrés y crisis, evitando la sobrecarga en el departamento de psicología, se ofrece la siguiente diferenciación:

Comúnmente en CAVI, se da la confusión en la víctima a cerca de su estado ya que tanto el estrés como la crisis se confunden con frecuencia. Viney (citado por Small, 1997)) ofrece las siguientes distinciones entre ambos:

1.- Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés. En un estudio empírico de patrones de enfrentamiento en mujeres durante la crisis, Bazeley y Viney, (1976, citados por Small, 1997)), se concluyó que esas crisis específicas eran manejadas de manera diferente que las preocupaciones y los periodos de infelicidad. El enfrentamiento durante las crisis parecía ser más “personal”, al utilizar menos el núcleo familiar y los apoyos informales. (Dentro de un tiempo de 4 a 6 semanas).

2.- Durante el estado de crisis, el individuo tiende a ser menos defensivo y más abierto a las sugerencias, influencias externas y apoyos, aunque esto no es característicamente cierto en el estrés. Halpern, (1973, citado por Small, 1997).

3.- El efecto de la crisis puede ser debilitante o de crecimiento. El estrés, por otro lado, está comúnmente relacionado con la patología y tiene como resultado más optimista la adaptación al deterioro y aflicción causados por circunstancias de la vida o un regreso al estado de cosas original. Selye, (1976, citado por Bellak, 1988).

4.- La crisis se observa como incidente durante un periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el estrés no está considerado para tener esta cualidad autolimitante en tiempo. Este último se considera con frecuencia, como un trastorno crónico que provoca sobre trabajo, en tanto que una crisis se relaciona con un trastorno repentino.

La creación de esta propuesta del modelo de intervención para CAVI, está fundamentada en el trabajo de Lazarus (1976, 1981, citado por Slaikeu, 1988), en donde se utiliza la terapia multimodal en la crisis, ya que examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos de cualquier crisis en el paciente. La terapéutica se compone de cuatro actividades de resolución de crisis: **supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo, y adaptación conductual- interpersonal**. Así mismo apoyándose en la observación del trabajo clínico realizado durante la realización del servicio social es que se adapta en esta propuesta para las condiciones de CAVI.

A continuación se comentan algunas limitaciones que deben considerarse al emplear este modelo:

Limitaciones de la propuesta.

La estructura del proceso psicoterapéutico es riesgoso ya que hay desviaciones y variaciones del esquema relatado por el paciente y la interpretación dada por el psicoterapeuta.

La terapia de algunos individuos seguirá el esquema aparentemente "paso por paso" como si el paciente hubiera realizado el plan. Otras saltarán sobre partes del proceso, condensando o eliminando pasos. Existirán otras más que estén arraigadas a una fase en particular, de la cual ninguna cantidad de estímulos o fortalecimiento (aliento, apoyo, reafirmación) las moverán. Recordando aquel granjero a quién se le solicitó identificará las señales de que iba a llover y replicó: "todas las señales fallan en tiempo de sequía".

Esta propuesta de intervención en crisis consta de una sesión para el caso de 1er. Orden y cinco sesiones para la intervención de 2º. orden, cuyo fin específico puede ser:

- Evitar la hospitalización en episodios agudos.
- Supervivencia física.

- Debido a la deserción en CAVI, se asegura la atención del paciente.
- Expresión de sentimientos.
- Dominio cognoscitivo.
- Adaptación conductual- interpersonal.
- El objetivo explícito de la intervención es la vuelta del paciente a su estado anterior a la crisis.

Objetivo General: el objetivo principal de la intervención es “la vuelta del paciente a su estado anterior a la crisis”. la acción debe recaer fundamentalmente sobre la identificación y la comprensión de esta última, y no sobre la exploración de la personalidad previa del sujeto.

Duración:

El contenido de la propuesta de este modelo esta dividido en : 1er. Orden; una sesión que va de una a dos horas y de 2°. Orden que incluye cinco sesiones, una por semana, con una duración de una hora a hora y media, dando un total de 7.5 horas como máximo.

Profesional responsable de implementar el modelo: este modelo de intervención en crisis esta diseñado para trabajadoras sociales, pasantes de psicología y terapeutas de CAVI, sin embargo se limitará la intervención de primer orden únicamente para el departamento de trabajo social, ya que como se mencionó anteriormente es la primera profesional que recibe a la usuaria. La intervención de segundo orden estará viable para el departamento de psicología.

Criterios de inclusión y exclusión:

Según las características de la usuaria que presente se tomara la decisión de intervenir en el orden que corresponda.

1er. Orden.	2°. Orden.
<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres victimas de 18-50 años. • Si el riesgo de suicidio es bajo. (refiere que pensó quitarse la vida). • Si la persona es capaz de actuar en su propio beneficio. • Los rangos de acción van de escuchar de modo activo. • No cuente con redes de apoyo • Dificultad en la resolución de problemas y búsqueda de alternativas. • En casos sin amenazas a la vida o miembros del cuerpo. las 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres victimas de 18-50 años. • Amenaza de suicidio. (ha intentado quitarse la vida o desea hacerlo). • Si la mortalidad es alta. • Presencia de aturdimiento emocional caracterizado por llanto continuo y/o aplanamiento afectivo. • Riesgo de sufrir maltrato físico

<p>trabajadoras sociales deben brindar apoyo con una posición facilitadora al trabajar con la persona en crisis (escuchando y/o sugiriendo soluciones posibles). En caso contrario derivar inmediatamente al departamento de psicología para recibir intervención de 2°. Orden.</p>	<p>y/o sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la persona no cuenta con un lugar donde pasar la noche. • No cuente con ningún apoyo medico, psicológico o legal. • No hay cooperación en 1er. orden
---	--

Aspectos prácticos:

Espacio: para realizar la intervención en crisis, se sugiere utilizar los cubículos del departamento de psicología de CAVI, o las salas de terapia del centro.

Tiempo: para cumplir con los objetivos planteados en cada sesión se sugiere un tiempo de 1. a 1. 1 / 2 hrs., por sesión.

Participantes: por ser el modelo individual sólo deberá estar el profesional y el usuario (a), en el caso de la intervención de primer orden será el trabajador social y para la de segundo orden podrá ser el pasante o el terapeuta.

Materiales: básicamente es la escucha y la palabra, en alguna sesión se pedirá algún material que estará al alcance del usuario (papel, plastilina, papel, lápiz, etc).

Evaluación y seguimiento: en cada sesión se evaluarán cambios realizados por el usuario, en caso necesario se le vinculara con algún otro profesional (medico, abogado, trabajador social). Después de la sesión cinco se considerará si es necesario alargar el proceso de intervención., si el usuario lo requiere o se le deriva a un grupo psicoterapéutico en este Centro.

En los cuadros siguientes se especifica de manera general los aspectos básicos de la intervención en crisis para los casos de 1er. Y 2°. Orden.

En el siguiente cuadro se presentan de manera clara y con un lenguaje accesible a fin de facilitarle a la trabajadora social los elementos que deben abordarse en la primera ayuda psicológica o intervención de primer orden, de modo que la profesional no tenga dificultad alguna para la implementación de este modelo.

COMPONENTE (QUE HACER)	COMPORTAMIENTO DEL ASISTENTE (COMO HACERLO)	OBJETIVO (PARA QUE)
A. REALIZAR EL CONTACTO PSICOLOGICO	Invitar al paciente a hablar; escuchar los hechos y sentimientos; sintetizar, reflejar los hechos y sentimientos. Efectuar declaraciones empáticas; interés por comunicarse, tocar, abrazar de manera física, dar control y calmar. Si no hay disposición por parte del usuario derivar a 2º. orden	Que el paciente se sienta comprendido, apoyado y aceptado. Reducir intensidad del aturdimiento emocional. Reactivación de las capacidades de resolución de problemas.
B. ANALIZAR POSIBLES SOLUCIONES	Preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora. Examinar qué es lo que el paciente puede o podría hacer ahora. Proponer nuevas alternativas; redefinición del problema, asistencia externa de un tercero.	Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores. Reflejar acciones asertivas y recursos.
C. ASISTIR EN LA EJECUCIÓN DE LA ACCION CONCRETA	Ver acción concreta	Ejecutar soluciones inmediatas, planteadas para satisfacer las necesidades inmediatas.
D. SEGUIMIENTO	Asegurar la identificación de información; examinar los posibles procedimientos para el seguimiento; establecer un convenio para contactar. Se debe ofrecer apoyos en los departamentos medico, legal v sacar cita en	Asegurarse de la retroalimentación en las tres submetas de los primeros auxilios psicológicos: El apoyo recibido: reducción de la mortalidad; culminación del enlace con otros recursos. derivar al área

	<p>psicología para realizar entrevista.</p>	<p>legal, medica y citar para entrevista en psicología. Poner en movimiento la siguiente fase: soluciones posteriores: Si a) las necesidades inmediatas se satisficieron con las soluciones inmediatas y la acción concreta que se tomó. b) se realizó el enlace para las necesidades inmediatas, entonces parar. Si no regresar al paso 2 (dimensiones del problema) y continuar.</p>
--	---	--

En el siguiente cuadro se observa la acción concreta del comportamiento del asistente, en este caso de la trabajadora social.

Comportamiento del Asistente

<p>Si a) la mortalidad es baja. b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces:</p>	<p>Si a) la mortalidad es alta. b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces: Derivar inmediatamente al departamento de Psicología para recibir intervención de 2º. Orden</p>
<p>Actitud facilitadora: “hablamos”, “tu actúas” y se hace un contrato para actuar entre la trabajadora social y el paciente.</p>	<p>Actitud directiva: “hablamos”, “yo puedo actuar en tu beneficio” y el contrato para la acción puede incluir a las áreas legal, medica y psicológica.</p>
<p>Los rangos de acción van de escuchar de modo activo hasta dar orientación sobre acciones concretas.</p>	<p>Los rangos de acción van de la movilización activa de recursos hasta el control de la situación.</p>

A continuación se propone un cuadro que incluye lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer en los primeros auxilios psicológicos, por parte del profesional que este interviniendo la crisis.

COMPONENTE	QUE HACER	QUE NO HACER
CONTACTO	Escuchar de manera cuidadosa. Reflejar sentimientos y hechos. Comunicar aceptación.	Contar tu "propia historia" Ignorar sentimientos o hechos Juzgar o tomar partido.
DIMENSIONES DEL PROBLEMA	Plantear preguntas abiertas Pedir a la persona que sea concreta Evaluar la mortalidad.	Depender de preguntas si / no Permitir abstracciones continuas Soslayar las señales de "peligro".
POSIBLES SOLUCIONES	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades del usuario (a).	Permitir la visión de pasar por un túnel . Dejar obstáculos sin examinar Hacer una mezcolanza de necesidades
ACCION CONCRETA	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Hacer confrontaciones cuando sea necesario Ser directivo, si y solo si, debes hacerlo.	Intentar resolverlo todo ahora Realizar decisiones que comprometan largo tiempo Ser tímido Abstenerse de tomar decisiones cuando parezca necesario.
SEGUIMIENTO	Hacer un convenio para recontactar Evaluar los pasos de acción. Ofrecer "Enganchar" al proceso terapéutico que se brinda en CAVI.	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por si mismo Dejar la evaluación a alguien más.

A continuación se presenta lo que deberá incluir la intervención de 2º. Orden, que estará a cargo exclusivamente por personal del departamento de psicología.

INTERVENCIÓN DE SEGUNDO ORDEN.
TERAPIA EN CRISIS

A	B
¿CUÁNTO TIEMPO?	SEMANAS A MESES.
¿POR QUIENES?	PSICOTERAPEUTAS Y PASANTES DE PSICOLOGIA.
¿DÓNDE?	TERAPIA/ AMBIENTE DE ASESORIA: CUBICULOS INDIVIDUALES Y SALAS DE TERAPIA.
¿OBJETIVOS?	RESOLUCIÓN DE CRISIS: ENFRENTAR EL SUCESO DE CRISIS, INTEGRAR EL SUCESO A LA ESTRUCTURA DE LA VIDA; ESTABLECER LA SINCERIDAD/ DISPOSICIÓN PARA ENFRENTAR EL FUTURO.
¿PROCEDIMIENTO?	TERAPIA MULTIMODAL.

A continuación se propone un cuadro del Perfil **CASIC**, sobre cinco subsistemas que deben abordarse a fin de obtener una mejor eficacia en la intervención en crisis, este apartado se apoya en el trabajo de Lazarus (1976, 1981).

MODALIDAD - SISTEMAS	VARIABLES - SUBSISTEMAS
CONDUCTUAL	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábito de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco, actos suicidas, homicidas o de agresión.
AFECTIVA	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como; ansiedad, ira, alegría, depresión, adecuación de los afectos a las circunstancias.
SOMÁTICA	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics, dolor de cabeza, malestar estomacal, relajación, tensión; sensibilidad de la visión, evaluar los sentidos.
INTERPERSONAL	Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto, papel asumido (pasivo, independiente, líder, etc). Estilo de resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).
COGNOSCITIVA	Sueños diurnos y nocturnos usuales; construcciones ideológicas acerca del pasado o el futuro; auto imagen; metas vitales y las razones para su validez ; creencias religiosas; filosofía de la vida; catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide, actitud positiva o negativa hacia la vida.

Para elaborar el plan de tratamiento se comienza por evaluar el perfil CASIC, traduciendo éste en un plan de tareas, se convertirán en una guía para la actividad del paciente durante el proceso de translaboración, es decir; las cuatro tareas de resolución de crisis:

- A. Supervivencia física en las secuelas de la crisis.
- B. Expresión de sentimientos relacionados con la crisis.
- C. Dominio cognoscitivo de la experiencia completa.
- D. Los ajustes conductuales- interpersonales que se requieren para la vida futura.

En el siguiente cuadro se describen las actividades del paciente, así como estrategias terapéuticas.

TAREA	MODALIDAD	ACTIVIDAD DEL PACIENTE	ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS.
EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS.	AFECTIVA.	<ul style="list-style-type: none"> a) identificar b) expresar sentimientos relacionados con la crisis de manera socialmente apropiada. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Discutir sobre el incidente de la crisis, poniendo la atención en cómo se siente el paciente acerca de distintos aspectos de la crisis. b) instruir al paciente acerca del papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico global y alentar modos apropiados de expresión.
DOMINIO COGNOSCITIVO.	COGNOSCITIVO.	<ul style="list-style-type: none"> a) desarrollar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis. b) comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias del paciente, sus expectativas, asuntos inconclusos, conceptos, sueños y metas para el futuro. c) adaptar – cambiar creencias, auto imagen y planes futuros a la luz del incidente de crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Reflexionar sobre el incidente de la crisis y las circunstancias. b) Analizar los pensamientos previos a la crisis y las expectativas, planes y el impacto del incidente en cada una de estas áreas. c) Asistir al paciente en la adaptación de creencias, expectativas, y al hablar de sí mismo.
ADAPTACIÓN CONDUCTUAL- INTERPERSONAL.	CONDUCTUAL INTERPERSONAL.	<ul style="list-style-type: none"> a) hacer cambios en los patrones cotidianos de trabajo, desempeño de un rol. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales.

6.6 Carta descriptiva de las Sesiones.

Para cada sesión se anexa un cuestionario de ayuda, (ver anexo 3 Pág. 90). así como la explicación del proceso terapéutico, (ver anexo 1 Pág. 81). Y por ultimo se ofrece métodos de intervención, (ver anexo 2 Pág. 85).

SESION 1 “Intervención de 1er. Orden”

Objetivo Especifico: Reducir la mortalidad (abuso y maltrato del cónyuge, suicidio y casos de homicidio).

Objetivo Particular: Vincular recursos de ayuda (referir con un asesor).

Básicamente se trabajará alrededor de las siguientes acciones:

- **Realizar un contacto psicológico:** también se conoce como empatía, significa escuchar hechos y sentimientos, reflejando sus sentimientos a la persona como señal de atención. se recomienda que el personal a cargo se mantenga tranquilo ante los hechos relatados cuidando sus reacciones como preocupación o desinterés (contra transferencia). Así mismo deberá cuidar ofrecer afecto físico como consecuencia de involucramiento afectivo (transferencia). El propósito del contacto psicológico radica en que el sujeto se sienta escuchado, aceptado, comprendido, y apoyado, lo que posibilita la reducción de la ansiedad o angustia. Así también el contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad conduce a más que esto, al reconocer y legitima sentimientos de cólera, daño, angustia, entre otros.
- **Analizar las dimensiones del problema:** se reflexiona sobre tres áreas: pasado, presente y futuro inmediatos. El paso inmediato se refiere a los sucesos que culminan con la crisis del sujeto y el consecuente estado de crisis en mayor o menor medida. Se deberá hacer énfasis en los aspectos positivos que rodean al sujeto y que debe usar para enfrentar su problemática focalizada hacia el futuro. Lo primordial en esta reflexión es trabajar hacia un ordenamiento de grado de necesidades, dentro de las categorías: problemas o necesidades que son prioritarias.
- **Sondear posibles soluciones:** implica identificar un rango de soluciones para necesidades inmediatas que tenga el sujeto. Es posible que la importancia pueda impedirse al estimular el sujeto a producir ideas sobre lo próximo a realizar, esto es, ayudarlo a operar desde una posición fuerte en vez de débil. Apoyarlo a encontrar alternativas de solución.

- **Asistir en la ejecución de pasos concretos:** se apoya al sujeto a tomar alguna acción adecuada para enfrentar el estado de tensión en el cual se encuentra, dependiendo de dos factores principales (riesgo de daño físico y capacidad del sujeto en crisis, para actuar en su propio beneficio), si hay riesgo alto se derivará al departamento de psicología. Sino existe riesgo, entonces se procederá con una actitud facilitadora que va de la escucha activa hasta el consejo.
- **Seguimiento para verificar el progreso:** este paso tiene que ver con la derivación, así como el de proporcionar información a técnicos que se encarguen de la intervención en crisis de segundo orden, en caso de riesgo alto.

En la intervención en crisis se deben considerar las siguientes interrogantes:

- ¿Qué es lo que actualmente trastorna al paciente? Aún si el trauma es evidente y ¿qué significación tiene para el paciente?.
- ¿Qué suelo hacer ante el estrés, ¿cómo ha manejado los estrés graves en el pasado? ¿Qué recursos y riesgos indican estas experiencias?
- ¿Qué parece que podría ser útil para esta persona y como podría ofrecerse la ayuda de forma aceptable? ¿Qué podría desear la persona pero tiene dificultad para pedir?.
- ¿De qué recursos dispone el sujeto, así como los recursos de que dispone el personal a cargo de la intervención, para enfrentar el problema?

SESIÓN 1: “Intervención de 2º. Orden”

Objetivo Particular: Explicar claramente al paciente que el fin de la ayuda que se le da es para evitar la hospitalización (salvaguardando su vida) y se le anuncia que el tratamiento será de cinco sesiones.

- Se registra la historia del paciente con atención a los factores precipitantes de la crisis presente y de otros episodios anteriores.
- Se evalúa la relación con los padres, hermanos, condiciones de vida, situaciones y hábitos para dormir, así como su conocer su medio social, economía, y su cultura.

Nota: Entre mejor comprenda una dolencia actual en términos de denominadores comunes en las experiencias anteriores del paciente- la historia general de su vida- y los sucesos trastornantes, mejor podrá uno formular las áreas, métodos y secuencias de áreas así como métodos de intervención

Objetivo Especifico: Brindar una tarea de apoyo activo: comprensión y simpatía hacia la situación del paciente, específicamente en lo referido a su angustia, su desorientación y su desorden, enfocándose en la supervivencia física del paciente.

- Se compromete al paciente en un esfuerzo compartido que tendrá por fin la solución de la crisis.
- Se valora la posibilidad de recomendar tratamiento análogo a la psicoterapia (psiquiátrico, médico, etc).
- Se establece la fecha de la próxima entrevista con el paciente.

Nota: Ver anexo 3 (cuestionario de apoyo)

SESIÓN 2:

Objetivo Particular: Evaluar el status actual del paciente, llenando los vacíos que pudiere haber en la reconstrucción de la historia del paciente.

- El terapeuta comenta explícitamente sus observaciones de mejoría en el paciente, con el fin de reducir la ansiedad.
- Se le preguntará lo que pensó, sintió y soñó, después de la primera sesión.

Se investiga y prueba en la realidad el concepto que el paciente tenga respecto de “volverse loco”.

- Se consideran algunos cambios por realizar en la situación hogareña.

Objetivo Especifico: Identificar y reflejar para el paciente las modalidades de reacción ante personas y acontecimientos que éste adopte y que sean capaces de iniciar futuros episodios agudos.

- Guiar al paciente tanto en el reconocimiento de las mismas como en la aceptación de soluciones sugeridas.
- Hacer adquirir conciencia de sus propios síntomas de angustia, como el estrechamiento del estomago, la aceleración del pulso, y el sentimiento de que todo ha perdido sentido.
- Al término de la entrevista, el terapeuta reiterará que advierte mejoría en el paciente, y expresará su optimismo respecto de que tal mejoría ha de continuar.

Nota: ver anexo 3. (cuestionario de apoyo)

SESIÓN 3:

Objetivo Particular: Enseñar al paciente métodos para enfrentar soluciones particulares, el terapeuta insistirá, en vez de descubrir todos los problemas

- Se comienza resaltando adelantos en la salud del paciente, así como capacidad para superar sus problemas.

Objetivo Específico: Reconocer factores precipitantes de la crisis, así como el efecto destructivo que éstos tienen sobre él.

- Se esclarecerá la dinámica causal de la enfermedad y en el refuerzo de la habilidad del paciente para advertir sus síntomas de angustia.
- Se le ayudará a expresar sentimientos.

Nota: ver anexo 3. (cuestionario de apoyo)

SESIÓN 4:

Objetivo Particular: trabajar y mejorar la relación con el terapeuta y con la ansiedad causada por ésta.

- Regularmente en esta sesión el paciente reporta sentirse peor.

Objetivo Específico: Exclusivamente se trabajan estos sentimientos.

- Se hace la invitación al paciente a comentar algo secreto que anteriormente no haya comunicado.

Nota: ver anexo 3. (cuestionario de apoyo)

SESIÓN 5:

Objetivo Particular: Hacer una suma y revisión de la información, focalizando en la disposición para enfrentar el futuro.

Objetivo Específico: trabajar sobre los ajustes conductuales-interpersonales para la vida futura.

- Se le deja al paciente con una transferencia positiva.
- Si por alguna razón el paciente no estuviera aún bien como para dar por hecho el final, puede uno continuar con terapia.
- Se le ofrece incluirse a psicoterapia grupal de CAVI.

Nota: ver anexo 3. (cuestionario de apoyo)

Sesión de seguimiento: regularmente se lleva a cabo un mes después de la sesión 5, se le pregunta ampliamente cómo se ha sentido en general y en algunos síntomas en específico.

Si el paciente informa que las cosas van bien, se le deja con una transferencia positiva, y se le puede comentar lo siguiente: "Siempre me gustaría tener noticias tuyas si es que hay algún problema, incluso dentro de un año me puede mandar una tarjeta postal. Me interesaría mucho saber cómo le está yendo".

Nota: Si el paciente no se está sintiendo bien o quedan algunos problemas significativos, o si el paciente nos visita entre la cuarta y quinta sesión, se le debe ofrecer más ayuda, como se mencionó. (se le ofrece apoyo psicoterapéutico de CAVI, con duración de 13 semanas).

En realidad, hablar de una sesión de seguimiento es sólo un término de conveniencia arbitraria y práctica. Algunos pacientes funcionan bien con sólo 4 sesiones mientras que otros pueden necesitar 10. si no puede continuar viendo al paciente, tiene que proporcionar a alguien que continúe atendiendo al paciente.

Nota: se canaliza a los diferentes centros de apoyo que existen en el banco de información de CAVI, a fin de recibir atención correspondiente en su caso.

A continuación se propone un anexo de como desarrollar el proceso terapéutico, (ver anexo 1y2, Pág. 81,85), así mismo se proponen métodos de intervención desarrollados por (Slaikeu, 1988; Small, 1997 y Bellak, 1988), de ninguna manera se limita a ser el único, esta forma de desarrollo variará según el terapeuta.

CONCLUSIONES.

Este apartado contiene las conclusiones finales del proceso de realización del servicio social, así como de este trabajo:

DE CAVI COMO INSTITUCIÓN...

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar está estructurado de forma adecuada, ofreciendo apoyo de manera integral, en sus departamentos de trabajo social, psicología y legal, sin embargo es uno de los pocos Centros en el Distrito Federal que atiende esta problemática, es así que la gran demanda de usuarias imposibilita ofrecer un mejor servicio.

El tratamiento psicoterapéutico grupal en CAVI, ha mostrado resultados eficaces de manera general, pero no se conoce que pasa después de que termina el tratamiento psicoterapéutico. Se espera que con contribuciones como esta y trabajos de otros compañeros mejoren, si no en todo, si en algunas limitaciones que impiden ofrecer un mejor servicio, sin dejar de lado que este Centro es uno de los pocos que verdaderamente tiene un compromiso con la sociedad.

Otro aspecto que sale a relucir es el referente a la falta de personal en cada uno de los departamentos, así como de espacios adecuados para la psicoterapia grupal, debido a que muchas veces no se cuenta con los servicios necesarios (sillas, ventilación, materiales, etc) para que ésta se desarrolle. En lo que se refiere al programa de servicio social, este Centro permite que el prestador realice actividades de acuerdo a su perfil profesional, situación que beneficia completamente al prestador.

DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR...

La Violencia Intrafamiliar no debe ser más un problema que se tenga que resolver en casa bajo el dicho popular tan conocido en nuestra sociedad “ **La ropa sucia se lava en casa** “. Se deben considerar los altos índices de violencia intrafamiliar en nuestro país y la gran necesidad de brindar atención a las víctimas de este problema de orden social, de una manera eficaz y oportuna, tanto por las características de la problemática que se atiende como por la demanda social de estos servicios, hace necesario optimizar los recursos humanos y materiales de la institución que prestan estos servicios.

En lo referente a la prevención de la violencia intrafamiliar se encontró que las pocas instituciones que abordan estas problemáticas lanzan campañas demasiado intermitentes, por un periodo muy corto de tiempo y a ciertos sectores de la sociedad, a esto se aúna que no existe una instancia que se dedique a prevenir de forma continúa. Por esto es importante crear campañas que prevengan la violencia intrafamiliar y que llegue a las mayorías de forma continua, éstas

campañas deben ser lanzadas en los medios de comunicación, así como en los primeros años de educación como es el nivel preescolar.

En México se hace un énfasis en la atención a víctimas de violencia intrafamiliar como son la esposa, los hijos y en ocasiones los padres de los propios cónyuges violentos. Sin embargo, es importante mencionar que en otros países se hace una mayor énfasis en la atención del cónyuge violento.

En cuanto a la investigación se encontró con la problemática, acerca del gran hermetismo con que algunas instituciones limitan de forma excesiva sus programas de tratamiento y estadísticas acerca de la atención que brindan, esto afecta al desarrollo de nuevos programas de intervención, así como mengua el acercamiento de profesionistas y pasantes, entre otros.

DE LOS ASPECTOS PSICOJURIDICOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR...

La difusión de los aspectos psicojurídicos de la violencia intrafamiliar, son indispensables debido a que si se cuenta con un mayor conocimiento de estos, sería una forma de disminuir los altos índices de maltrato, la difusión es trascendente, ya que el maltrato dirigido a cualquier miembro de la familia es un delito y el saber que es delito y que éste es digno de todo un proceso legal, disminuirá en algo la violencia intrafamiliar y fortalecerá a la víctima. Además conociendo las sanciones que se atribuyen a quien las ejerce que van desde retirar la guarda y custodia hasta un divorcio necesario.

Cabe señalar que la parte agresora puede ser lo mismo un hombre que una mujer, sin embargo las estadísticas manifiestan que en la mayoría de los casos el hombre comienza la agresión.

En México se cuenta con un buen sistema de leyes, sin embargo quien las ejerce y quien se encarga de este proceso, no permite que estas leyes sean eficaces, en CAVI se observó que debido a lo anterior así como a la falta de personal, que cuando el Ministerio Público detiene a una persona por ser un posible generador de violencia y a la víctima se le práctica un dictamen, éste estudio llega a tardar demasiado tiempo, ya que CAVI, solo cuenta con cuatro peritos en psicología en todo el Distrito Federal.

De aquí surge la necesidad de mejorar el sistema legislativo así como su proceso, que para lograr esto sin duda incluiría un aumento de personal en el caso de CAVI, así como de capacitación al mismo, para ofrecer un mejor servicio caracterizado por prontitud, gratuidad y expedito.

DE LOS TRES ASPECTOS ANTERIORES...

- Se debe de reconocer y aceptar que la violencia intrafamiliar es un problema tendiente a incrementarse cada vez más como se muestra en esta revisión.

- A pesar de su alta frecuencia, continua siendo un problema privado el cual solo es conocido cuando la mujer o la familia lo denuncian.
- La participación de diversos factores como son : biológicos, psicológicos y sociales (en especial de género), son de forma conjunta las causas de este fenómeno.
- Por lo anteriormente mencionado, es importante que para su tratamiento, se tomen en cuenta estos factores y no se realice un abordaje desde un solo punto de vista, como hasta ahora se hace, sino que se formen equipos multidisciplinarios para su estudio, tratamiento y prevención.
- Es importante contar con un marco jurídico, que además de sancionar y obligar a pedir tratamiento, sirva como un instrumento que garantice la seguridad de las víctimas.
- La participación de los profesionales de la salud mental, no sólo se debe circunscribir al tratamiento de las víctimas o los victimarios, sino también deben participar en programas educativos, que prevengan este fenómeno, así mismo que se sensibilice a la población, ya que la violencia intrafamiliar no es un problema específico de una clase social determinada o de un contexto específico, sino que es un problema de salud pública, que se incrementa día con día.

DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL...

El haber realizado el servicio social en CAVI, como institución de gobierno me permitió ver la gran demanda de atención por parte de la sociedad, donde semanalmente llegan un promedio de 250 mujeres por primera vez con el psicólogo clínico, 50 mujeres son enviadas por el juez a fin de realizarles un dictamen psicológico y se presentan alrededor de 600 mujeres a su proceso terapéutico y que debido a ésto se observa un gran rezago de trabajo, así como una atención tardía ya que dentro de lo posible no se puede atender de inmediato a esta gran solicitud de atención.

Cabe señalar que es impresionante el compromiso de los trabajadores de CAVI, hacia las víctimas de maltrato, ofreciéndoles una atención eficaz, caracterizada por gratuidad y prontitud dentro de lo posible, ya que muchas veces las autoridades como es el caso de Ministerios Públicos se ven limitadas en lo que respecta a brindarles un apoyo mas integral.

Observe más a fondo el fenómeno de la violencia intrafamiliar donde muchas de las veces desde el órgano que la atiende, "se sobrevictimiza a la víctima y se sobre castiga al agresor" ., debido a la percepción tan marcada de género (apoyo incondicional a la mujer) que impide hacer una valoración integral y no parcial de la problemática.

Por último menciono que con la realización del servicio social cumplí con los objetivos solicitados por el Programa de Servicio Social de la Carrera de

Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, ya que CAVI, me ofreció conocimiento a nivel teórico, práctico, así como ayuda para crecer tanto como profesional y más aún como ser humano (viviendo muy de cerca el dolor humano de las mujeres maltratadas).

El haber estado en CAVI, me acercó a otros profesionales como lo son las trabajadoras sociales, abogados y médicos, quienes juntamente con los psicólogos dan atención integral a las víctimas de maltrato. Con esto se complementó la formación que adquirí en las clínicas UMAI, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

- Es importante mencionar, la pobre información que existe respecto a la violencia intrafamiliar en nuestro medio, así mismo la accesibilidad a ella, por otro lado sólo algunas instituciones gubernamentales y algunas de las llamadas, organizaciones no gubernamentales u ONG., son las encargadas de brindar atención y orientación jurídica a los involucrados en este problema.
- A pesar de lo anterior el trabajo que resta es mucho y de gran importancia, tanto para los doctos, como para los neófitos de salud mental, sin embargo se debe concientizar a la sociedad en general para lograr el compromiso de una participación más activa, y así evitar la proliferación de este problema de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA.

Azaola, E. (1998) El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México. Ed. Compañía.

Bellak, L. (1988). Psicoterapia breve y de Emergencia. (2da. Edición). Ed. Pax.

Caplan G. (1964) Prevención de trastornos mentales en infantes. New York. Ed. Basic Books.

Cascardi, M. (1995) "Context for specific episodes of marital violence; Gender and severity of violence differences". en journal of Family Violence; sep. vol. 10.

Castellan, I. (1983) La Familia: Del Grupo a la Célula. Buenos Aires. Ed. Kapelusz.

Castellanos, G. (1994) Discurso: Género y Mujer. Colombia. Ed. Paidós.

Corsi, Jorge. (1994) Violencia Familiar. México. Ed. Paidós.

CREFAL. (2000) . Centro de Cooperación Regional para la Educación en adultos en América Latina y del Caribe. Los libros de mamá y papá, violencia en la familia. México DF. SEP.

Díaz, L. (1997) Expectativas ideales vs. Reales de la pareja. Revista de Psicología Social y Personalidad. Vol. XIII.

Dutton, Donald (1997) El golpeador un perfil psicológico. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Eckhardt, C. (1997) Anger and hostility in manitally violent men: Conceptual distinctions, measurment issues, and literature review en clinical psychology review. 17/4 (300-365).

Elterman, H. (1992) la pareja en la historia. Revista mexicana de psicología. Vol. 2, No. 23.

Estrada, L. I. (1996). El ciclo vital de la familia. México. Ed. Posadas.

Ferreira, Graciela. (1996). La mujer maltratada. Buenos Aires. Ed. Hermes.

García, R. (1996). Mujeres víctimas de la violencia. El Nacional. México, D.F.

Ginger, S. (1993) La Gestalt: Una terapia de contacto. México. Ed. Manual Moderno.

Gobierno del Distrito Federal. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal. Artículo 3. Fracción III.

Grosman, P.C. (1992). Violencia en la familia, la relación de pareja. Buenos Aires. Universidad.

Hiday, V. (1997) Understanding the connection between mental illness and violence. En international Journal of law and Psychiatry. 20/4 (399-417).

Informe Anual de Actividades Julio 1999- Junio 2000, del Consejo para la Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en el Distrito Federal. México. Gobierno del D.F.

INTEGRA. (1991). Curso taller sobre violencia Intrafamiliar. México.

Lamas M. (1996). El género: La Construcción Cultural de la Diferencia Social. México. Mecanograma.

Leyva, C. (1999). Modelos de Atención para la violencia de Terapia Familiar, Tesis de Especialidad en Terapia Familiar. Cencalli, México D.F.

Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal. (1998). México. Gobierno del DF.

Madanes, C. (1993) Sexo, amor y violencia. México. Ed. Paidós.

Markman, H. (1993) "Preventing marital distress trough communication and management training" Journal of consulting and Clinical Psychology; feb. vol. 61.

Miselem, S. (1998). Objeto de maltrato Intrafamiliar, 50% de mujeres mayores de 15 años. Excelsior. México D.F.

NVPP (2000). La red de practicantes de la prevención de la violencia is a project of Health & Human Development Programs©2000. Prevención de la violencia, niveles de prevención. Education development center, inc. All rights Reserved. Disponible en: www2.edc.org/spanish/niveles.htm

Ojeda, G. (1998). La pareja continental sobre violencia Intrafamiliar. Tesis de Licenciatura. UNAM. México.

Pavón, S. (1998). Alto número de denuncias por violencia Intrafamiliar. EL SOL DE MÉXICO. México D.F.

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA. (1998) Manual de Atención a Víctimas del Delito. México. Documento interno.

P. G. J. D.F. (1997) Violencia sexual e intrafamiliar; Modelos de atención. p.73.

PRONTUARIO ESTADÍSTICO DE LA MUJER EN EL D.F. (1997). Ed. Gobierno del Distrito Federal. México.

Ramírez, H. (2000). Violencia Intrafamiliar. México. Pax-Mex.

Ravazzola, M. (1997) Historias Infames: maltratos en las relaciones. México. Ed. Paidós.

Recasens, L. (1989) Tratado General de Sociología. México. Ed. Porrúa.

Salama, H. (1997). Gestalt, de Persona a Persona. México. 2ª. Edición. Ed. Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt.

Slaikau, K. (1988). Intervención en Crisis. Manual moderno. México.

Small, L. (1997). Psicoterapia breve. (3ª. Edición). Ed. Gedisa.

Strean, H. (1982) La pareja infiel. México. Ed. Pax-Mex.

Trimble, M. (1990) Neuropsiquiatría. México. Ed. Limusa.

Walker, L. (1987) Terrifying Love: Why Battered Women Kill an How Society Responds. Nueva York. Harper and Row.

Whaley, J. (2001) Violencia Intrafamiliar: Causas biológicas, psicológicas comunicacionales e interaccionales. México. Ed. Plaza y Valdés.

ANEXO UNO

PROCESO

TERAPEUTICO

En la terapia breve, no esperamos que el paciente tenga algo que decir, tampoco nos sentamos y canturreamos ocasionalmente. Se comienza diciendo:

1.- Bien, dígame que ha pasado en su vida. ¿ Qué le está preocupando ?.

nota: si el paciente no tiene mucho que decir, podría preguntar:

2.- Bien, ¿ Qué fue lo primero que pensó cuando despertó esta mañana ?.

3.- ¿ Cómo se sentía entonces ?.

4.- ¿ Cuáles eran los pensamientos que le preocupaban mientras estaba sentado en la sala de espera ?.

5.- ¿ En qué pensaba esta mañana cuando viajaba en autobús ?.

6.- ¿ Mientras se rasuraba ?.

7.- ¿ Mientras se maquillaba ?

8.- ¿ A que hora se durmió ?

si ninguna de estas funciona, se le dice:

9.- Bueno, sólo deme una idea de qué fue lo que hizo ayer.

Nota: mientras escucha al paciente hacer su reporte sobre su día, en algún momento se le dice:

10.- Bien, ¿ en qué pensaba o qué sentía cuando estaba haciendo...?.

nota: si el paciente está bastante perturbado y por ejemplo, tiene sueños en un proceso primario de una naturaleza muy atemorizante y tiende a producir más material con creciente malestar, se le debe decir:

11.- Bien, me parece que estas cosas son demasiado molestas pero van a desaparecer. Dígame cómo pasó el día y que está planeando para el resto de la semana.

Nota: Se trata de diluir la presión al hablar de cosas concretas y de interpretar sólo algunos problemas particulares. El estilo y la forma de presentación tienen importancia aquí. Si el paciente tuvo un sueño o la alucinación de ser perseguido por un enorme animal, usted podría decir:

12.- Bueno, eso debió haber sido bastante aterrador. Debe ser algo de su niñez que lo está afectando. Pero por supuesto que todo el mundo sufre pesadillas alguna vez.

Explicación del proceso terapéutico.

Nota: En parte, el paciente desconoce qué es lo que precisamente se espera de él o de ella y a nosotros nos corresponde definir la tarea del paciente así como explicarle el proceso terapéutico. Es necesario hacer ésto por intervalos, para mantener una alianza de trabajo tan buena como sea posible. Se dice algo así:

13.- Mire usted, algo le aqueja, y lo que necesitamos entender es cómo llegó usted ahí. Eso no surge por accidente y deben haber habido algunas cosas que lo hicieron sentir así (susto, depresión, ansiedad, etc.). si logramos comprender sus antecedentes personales, tendremos una idea de qué es todo lo que causa las cosas que le preocupan. Toda vez que en la mente no suceden más accidentes de los que ocurren en el mundo físico: debe existir una razón por la que este libro cae al suelo, o sea en virtud de la gravedad. Así también debe hacer una razón por la

que tiene ciertos pensamientos o por la que hace ciertas cosas. Si podemos entender las razones del por qué y también en sus orígenes probablemente usted no pudo entender lo que le asustaba..., y aún continúa viendo las cosas de una manera similar a aquella como las veía en la infancia, entonces podremos resolver y tratar de corregir su visión. Una vez que podamos hacer ésto, esas cosas dejarán de ser tan atemorizantes y perturbantes como lo son hoy.

Nota: Se tiene que explicar al paciente que todas las experiencias actuales se ven, en parte, como se ven los problemas actuales y, también son determinados por experiencias pasadas. Se puede relatar el experimento siguiente:

14.- En un famoso experimento a 10 estudiantes voluntarios se les privó de alimento durante 24 horas, mientras que a otros 10 se les permitió comer normalmente. Después se les mostraron exactamente las mismas fotografías en un taquistoscopio, algo parecido a una cámara, que sólo se habían expuesto por aproximadamente un centésimo de segundo. Esto demostró que los estudiantes a quienes se les había privado de alimento vieron comida en las fotografías con mucha más frecuencia que aquellos que no tenían hambre. Esto tiene por objeto demostrar que nuestras emociones están estrechamente relacionadas con lo que vemos y en cómo interpretamos lo que vemos.

Nota: Explicar el concepto de Proyección:

15.- Al automóvil de un individuo se le bajó una llanta y necesitaba un gato hidráulico para cambiarla. No tenía gato pero sabía de una gasolinera que estaba aproximadamente a 3 Km. de distancia y decidió caminar para conseguir el gato. Mientras caminaba comenzó a cansarse y a sentir calor, molesto y enojado se dijo a sí: "Ese hijo de perra de la gasolinera". Apuesto que me cobrará \$10.000.00 pesos sólo por prestarme el gato.

Continuó caminando y sus pies comenzaron a molestarse y se dijo a sí: "Ese hijo de perra de la gasolinera" sabe que no me queda de otra, no hay nadie más en las cercanías y necesito el gato ... Seguramente va a querer un depósito o me va a cobrar \$50.000.00 pesos.

Continuó con sus balbuceos respecto a ese hijo de perra y lo que le iba a cobrar, qué tan desagradable seguramente sería y por último llegó a la gasolinera. El encargado le dijo: sí señor, ¿ en qué le puedo servir?. El hombre le contestó: " tome su maldito gato y váyase al diablo".

Nota: explicar el concepto de ambivalencia.

16.- Esto sucede por ejemplo cuando la suegra de un tipo se sale de la carretera con el cadillac nuevo del yerno... el experimenta sentimientos mezclados.

Nota: explicar el Autorreporte y el Insight.

17.- En una ocasión una trabajadora social preparaba a un joven delincuente para una consulta con su amigo. Cuando le preguntó si sabía que era un psiquiatra, el joven contestó: “seguro que sí, es el tipo que le hace a usted gritarse a sí mismo”. Bueno, eso es exactamente lo que necesitamos aquí. Necesito que se grite a sí mismo. Obsérvese a sí mismo y dígame después lo que sucede en usted.

Efecto de estructuración de experiencias pasadas.

Nota: respecto a nuestra historia de proyección, puede explicarle al paciente que en ocasiones llevamos una forma de estructura mental y ciertos sentimientos que alteran lo que percibimos respecto de la esposa, jefe o cualquier otra persona. En la historia del gato hidráulico, las propias expectativas del hombre colorearon sus percepciones de tal manera que ni siquiera se dio cuenta de que el encargado de la gasolinera se mostró cortés y no hizo ninguna demanda. El solamente lo esperaba.

En este sentido, la terapia es una forma de corregir nuestra visión, de deshacernos de las distorsiones que adquirimos cuando éramos más jóvenes.

18.- Usted sabe que a partir del nacimiento, e incluso antes de éste, ya percibimos cosas: a mamá alimentando, a mamá regañando, a papá intimidando, a un hermano pequeño dando lata, etc.

Todas nuestras experiencias son como piezas de un caleidoscopio, o como una transparencia fotográfica. Se traslapan unas sobre otras y cuando vemos a una persona de nuestra vida actual, la vemos distorsionada por estas experiencias y percepciones pasadas. Por eso algunas personas se sienten especialmente asustadas por el jefe, si el padre intimidaba, o algunos hombres ven en las mujeres como seres mandones si su madre lo fue.

En parte, nuestro trabajo consiste en entender las experiencias pasadas que le han afectado y le han formado sus impresiones de la gente y de usted mismo y posteriormente con la ayuda de su inteligencia adulta podemos tratar y reestructurar todo ello. La psicoterapia no es otra cosa más que una forma de desaprender, aprender y reaprender.

ANEXO DOS

METODO DE

INTERVENCION

Métodos de intervención.

En el siguiente apartado se describen algunos métodos de intervención propuestos por (Berg,1970; Knickerbocker y McGee, 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976), (citados por Slaikeu, 1988), que se pueden utilizar con el paciente en la intervención en crisis.

Interpretación:

1.- Mire, usted me dijo que encuentra placer en asustar a niñas mostrándoles sus genitales. A usted también le gusta molestarlas con llamadas telefónicas obscenas y también tuvo un sueño en el que tiraba todos los pinos de boliche. ¿ Qué cree usted que tengan en común estos tres casos ?

Nota: ayude al paciente a que encuentre el común denominador, o sea: el deseo de ser fuerte, intimidante, poderoso.

Catarsis:

1.- Bien, dígame exactamente cómo se sintió cuando ésto sucedió. Me lo está relatando como si estuviera dando el reporte climatológico. Sería imposible darse cuenta de que en realidad se sintió terriblemente enojado o terriblemente herido o terriblemente infeliz. Yo no lo oigo en su voz. No se refleja en su rostro. ¿cómo fue en realidad?, ¿cómo se sintió en verdad? Dígamelo con detalles.

2.- ¿y qué fue lo que hizo, en detalle, cuándo se sintió así ?

Catarsis mediata:

1.- si ésto me hubiera sucedido a mí, ciertamente que me hubiera sentido muy enojado y me hubiera gustado llamarlo "hijo de perra". O me hubiera sentido muy triste y me hubiera quejado de la injusticia. Pero si tiene una conciencia muy estricta no podría decir lo que realmente sintió y pensó.

2.- Podría haber pensado: "debe caerse muerto" pero teniendo una conciencia tan estricta ni siquiera se permite esos pensamientos, mientras que la mayoría de la gente hubiera pensado eso.

Prueba auxiliar de la realidad:

1.- Usted sabe que si una persona le dice que está borracho puede ignorarlo. Cuando dos personas se lo dicen, aún puede no tomarlo en cuenta; pero cuando tres personas le dicen lo mismo, entonces debe comenzar a llevar las cosas con calma.

Aplicación de represión:

1.- Bien, sólo porque las demás muchachas usan "crack", son promiscuas. Hacen trampa, etc. No es razón para que usted lo deba hacer o para que se comporte de esa manera. Usted tiene sus reglas y ellas tienen las suyas y no hay razón para que se sienta obligada a comportarse de la manera en que ellas lo hacen.

2.- todo el mundo tiene que vivir dentro de los límites de su conciencia, así como todo mundo tiene que vivir dentro de su capacidad financiera y si uno se excede de estos límites, se siente mal y eso es lo que le ha pasado a usted.

3.- Por ello tuvo pensamientos de enojo, pero eso es totalmente humano. No creo que esos pensamientos sean terriblemente importantes.

Sensibilización a las señales:

1.- Cuando usted nota que está respirando más rápido o hablando más rápido o riendo demasiado..., esa puede ser una señal de que está por volar por la escalera, de que está tensa, que puede hacer algo impulsivamente.

2.- Si nota que no quiere levantarse por la mañana, que no tiene ganas de ir al supermercado, que no quiere cocinar para la familia, debe recordarse a sí misma que eso es con frecuencia un síntoma temprano de su depresión, y es mejor que venga aquí o que comience a tomar su medicina.

3.- Si siente deseos de pelear con su esposo y está generalmente enojada, fíjese en el calendario y vea si no se encuentra en un periodo premenstrual. Trate entonces de no tomar en cuenta las cosas que le molestan, reduzca su ingestión de líquidos y desista de cualquier cosa que necesite discutir hasta que comience su periodo.

Educación:

1.- El dolor que siente en el pecho cuando se pone tensa no es el tipo de dolor que se siente por una enfermedad coronaria o de angina. Eso no significa que sea imaginario. Lo que sucede es que los pequeños músculos de entre las costillas se aprietan y eso puede causar bastante dolor y malestar, sin ser nada grave.

Intelectualización:

1.- Bueno, cambiar verdaderamente su conducta puede no ser muy fácil, pero por lo menos debe entender por qué en ocasiones se siente asustado de manejar hasta su trabajo o de cruzar la calle. Esto es algo que sufre mucha gente. Se denomina agorafobia. Hay diferentes opiniones sobre lo que causa en una o en otra persona, pero es probable que sea el temor a abandonar el hogar. Me pregunto si cuando era niño en ocasiones no sentía miedo de ir a la escuela y si algunas veces no pensó que su madre podía morir mientras estaba usted fuera. O que algo terrible le podía pasar a usted en el camino.

2.- Usted sabe que lo que le aqueja actualmente es en realidad muy similar a lo que le aqueja cuando era niño; pero si usted tiene en mente que es una condición irracional que se remonta a su niñez, aunque no va a curar el problema si lo hará un poco más tolerable, hasta que podamos hacer algo más básico al respecto.

Frases de apoyo:

1.- Bien, estos síntomas le hacen sentir impotente y como un tonto. De hecho usted tiene una vida bastante llena de éxitos, se ha deshecho de todo tipo de responsabilidades y tiene la suficiente salud como para darse cuenta de que esto es un poco raro y ha venido aquí para buscar ayuda. Ciertamente que he visto peores casos, lo que no significa que estoy restando importancia a lo que le preocupa; pero debe tener en cuenta que no es usted el único que sufre por ese problema y que por lo general se puede tratar con éxito.

Sesiones conjuntas y sistema de terapia familiar:

1.- Bien, creo que ustedes dos tienen un problema de comunicación por lo que necesitamos entablar un diálogo. Si ambos vienen a aquí, yo podría hacer que empezarán a discutir lo que en realidad no funciona entre ustedes dos, incluso indicarles algunas cosas y todos podríamos aprender juntos.

2.- Lo que a usted le aqueja no es sólo su problema. Cuando usted no se siente feliz el resto de la familia le hace bromas o se queja de su depresión, lo que a su vez le enoja. Ciertamente que cuando usted no siente deseos de hacer nada, todos los demás se enojan, por lo que es verdaderamente importante que logremos que venga toda la familia y que los sentimientos de todos sean aireados y entendidos.

Los sueños en terapia breve.

En la terapia breve se utiliza principalmente, si no es que en forma exclusiva, el sueño manifiesto para obtener y profundizar el Insight. Sólo en forma ocasional con el paciente no sofisticado, no acostumbrado a la asociación libre, podrá proporcionar información comparable con las asociaciones libres. Se le puede comentar al paciente lo siguiente:

1.- ¿ Qué soñó anoche ?.

Si el paciente responde nada, se le dice:

2.- Bueno, no tiene que ser un gran drama. ¿ puede recordar algo, una cara, un lugar, un sentimiento ?.

De esta manera, muchos pacientes que en el principio declararon no tener sueños pueden en un momento dado contar un sueño largo. Si esto no funciona se le dice:

3.- ¿ Qué tipo de sueños recientes recuerda ?

4.- ¿ Qué sueño tuvo al principio de la semana ?

5.- ¿ En que soñó la semana pasada ?

Después de esto, independientemente de si la respuesta fue de carácter positivo o negativo, se puede preguntar:

6.- ¿ Qué tipo de sueño recuerda de su niñez ?

7.- ¿ Ha tenido algún sueño recurrente ?

8.- ¿ Ha tenido pesadillas recurrentes ?

Los sueños recurrentes o los sueños de la primera infancia pueden proporcionar una buena imagen de las principales ansiedades, las dinámicas principales.

Es muy fácil utilizar el sueño manifiesto. Si el paciente sueña que había un peso muy grande sobre él, se podría traducir como:

9.- Caray, debió de haberse sentido muy oprimido por las exigencias de sus padres (si es que relacionaba el sueño con una discusión sobre las expectativas paternales sobre su futuro).

Un hombre relató un sueño en el que estaba en la cama con su novia recostado atrás de ella, mientras que otro hombre con el que él trabajaba copulaba con ella por el frente. El paciente reportó que durante el sueño sintió enojo. Este sueño se presta a señalar :

10.- Parece que usted se encuentra en competencia con ese hombre y siente que lo están engañando, que está perdiendo. Es muy curioso que sólo se sienta enojado.

Esto podría entonces conducir a discutir su necesidad de negación ya que podría esperarse que estuviera más molesto, más enojado por ello. Lo que se hace aquí es solamente utilizar uno de los aspectos del sueño e ignorar el significado sexual que éste pudiera tener, como la homosexualidad latente, etc. Si el paciente relata un sueño en el que es perseguido por un animal grande, se podría preguntar:

11.- ¿ Quién podría ser ése ? , ¿Quién viene a su mente?

Y si el gorila se parece un poco a la madre, se le puede decir:

12.- Vaya, cuando era niño debió de haberle tenido mucho miedo como para soñarla de esa manera.

A mayor número de sueños se pueden encontrar más denominadores comunes , y hay más oportunidades de hacer interpretaciones significativas y con Insight así como trabajar a fondo por parte del paciente.

ANEXO TRES

CUESTIONARIOS

DE APOYO

ANEXO 1.

Síntoma principal.

- 1.- ¿Podría decirme qué lo trajo aquí?
- 2.-¿ Cuándo consideró por primera vez buscar algún tipo de ayuda?
- 3.- ¿ Por qué en ese momento?
- 4.- ¿ Qué sucedió en ese día en particular o el día anterior?
- 5.- ¿ Dónde exactamente se encontraba usted cuando decidió venir aquí?

Evolución del síntoma principal.

- 1.- ¿Cuál considera usted que es su principal problema?
- 2.-¿ Cuándo comenzó?
- 3.-¿ Alguna vez había tenido ese problema?
- 4.-¿ Qué estaba sucediendo en su vida en esa época?

Antecedentes personales.

- 1.-¿ Podría relatarme su vida?
- 2.-¿ Dónde nació?
- 3.-¿ Cómo era la familia?
- 4.-¿ Cómo se llevaba con sus hermanos?
- 5.-¿ Dónde dormía?
- 6.-¿ Quién más tuvo en su vida un papel de importancia?
- 7.-¿ Tuvo algún problema en la escuela?
- 8.-¿ Cómo se desarrolló socialmente?
- 9.-¿ Tenía amigos?
- 10.-¿Que enfermedades médicas tuvo y tiene?
- 11.-¿ Toma algún medicamento?
- 12.-¿ Ingiere alcohol o alguna droga?

Nota: una vez registrado lo anterior, se debe buscar una primera inferencia y responder ¿qué es lo que le aqueja al paciente?, ¿qué es lo que jugó un papel de importancia en el desarrollo de su síntoma principal?, ¿Es somático?, ¿Psicodinámico?.

Antecedentes familiares.

- 1.-¿ De dónde son originarios sus padres?
- 2.-¿ A que se dedicaban laboralmente?
- 3.-¿ Algún familiar tenía problemas emocionales?
- 4.-¿Algún familiar tuvo que ser hospitalizado psiquiátricamente?

Trasferencia.

- 1.-¿ Qué soñó anoche?
- 2.-¿ Ha tenido sueños repetitivos?

Utilización de medios proyectivos.

- 1.-¿ Podría describirme cómo fue su día de ayer?
- 2.- Aplicar el test de Machover K.

Alianza Terapéutica.

Se le dice al paciente:

1.- “Hay una parte saludable en usted y una parte trastornada. Es importante que la saludable trabaje como sea posible en comprender y ayudar a la parte conflictiva”.

2.- Ya me ha contado bastante, si mentalmente cambiamos de asiento y usted se convierte en el psicólogo que acaba de escuchar todo ésto, ¿ qué noción se ha formado sobre lo que le aqueja a esta persona?

Contrato Terapéutico.

1.- El paciente tiene derecho a un contrato terapéutico. Tiene derecho a saber qué es lo que le espera. Expóngalo ahora:
se menciona el número de sesiones, la forma de trabajo, el costo, las responsabilidades del terapeuta y el compromiso del usuario.

Revisión y planeación.

Dado que el paciente se siente aplastado por lo que lo aqueja, es importante que tenga una idea de que nosotros “podemos entender” cuáles son sus problemas, y de que tenemos noción de lo que se puede hacer al respecto.

ANEXO 2.

Cuestionario de apoyo.

Nota: se explora más, se reexaminan las bases para seleccionar las áreas y los métodos de intervención.

- 1.-¿Cómo se siente hoy?
- 2.-¿ Cómo se ha sentido desde la última vez que estuvo aquí?
- 3.-¿ Que soñó anoche?
- 4.-¿ Qué se le ha ocurrido que deba también mencionar?

5.-¿ En esencia a lo que llegamos fue... me pregunto si ¿usted tiene alguna otra idea al respecto?

6.-Amplíe dudas que hayan quedado sobre el paciente.

ANEXO 3.

Cuestionario de apoyo.

1.-¿ Cómo se siente hoy?

2.-¿ Cómo se ha sentido desde la última vez que lo vi?

3.- Se focaliza al paciente que es la tercera sesión y que mencione si ha observado cambios o no.

4.- Se le hace saber que posiblemente la próxima sesión se sienta mal o peor, debido a la separación y a otros factores.

ANEXO 4.

Cuestionario de apoyo.

1.-¿ Cómo se ha sentido desde la última vez que lo vi?

2.-¿ Qué ha pasado en su vida?

3.-¿ Qué ha pasado en su vida?

4.-¿ Qué pensó de la última sesión?

5.-¿ Qué soñó anoche?

Nota: se le recuerda al paciente que la próxima sesión será la última salvo por la sesión de seguimiento, y trabajaremos a fondo sobre lo que surja relacionado con la ansiedad de separación o cualquier otro de los problemas de importancia en los síntomas del paciente.

ANEXO 5.

Cuestionario de apoyo.

1.-¿ Cómo se siente hoy?

2.-¿ Cómo se ha sentido desde la última vez que lo vi?

3.-¿ Qué ha aprendido en terapia?

4.-¿ Podría hacer un repaso de las cosas que descubrió?

5.- Se proporcionan puntos importantes que el paciente no refirió.

6.-¿ Qué es lo que le gustaría preguntarme?

Nota: se le comenta al paciente que el tratamiento terminó de forma y tono positivo, evitando síntomas continuados por la dependencia de la transferencia. Se le comenta que de ser necesario habrá una sesión de seguimiento dentro de un mes.