



EDUCAR, RESTAURAR, TRANSFORMAR

**CENTRO UNIVERSITARIO "VASCO DE QUIROGA"
DE HUEJUTLA A.C.**

INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895
AV. JUAREZ # 73. HUEJUTLA, HIDALGO.

**"LA INFLUENCIA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA
DEPRESION QUE PRESENTAN LAS USUARIAS QUE
ACUDEN A LA UAPVIF XOCHIMILCO"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIATURA

EN

PSICOLOGIA

PRESENTA:

SANTIAGO ARRIAGA PARRA

GENERACIÓN 1998 – 2002

HUEJUTLA HGO.

2006



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi hermana: JUANA

Por todo el apoyo incondicional y ejemplo de Perseverancia que en todo momento estuvo conmigo.
“no te falle”

A mis Herman@s y cuñados

Lucha, Ángeles, Francisco, Prisci, Felipe y Santos

Que de una u otra forma creyeron en mí y participaron en este trabajo.

A mi hija Valeria

A quien quiero mucho.

A mi jefa y compañeros de trabajo

L@s cuales siempre me motivaron y ayudaron en este trabajo.

Al CUVAQH y a la UNAM

De quienes me siento orgulloso de pertenecer, así como a todos los profesores que compartieron su conocimiento conmigo

A mis Padres

Natividad Parra y Juan Arriaga:

A quienes admiro mucho por su esfuerzo, valor y dedicación.

A Ma. Guadalupe R.A.

Por toda la ayuda y comprensión que me ha motivado a seguir adelante.
TE AMO.

A mis amigos

Alfredo, José, Juan

Que en toda mi formación siempre me apoyaron y acompañaron de manera Incondicional; gracias.

A mi asesora Yadira Lara Sánchez

Por su valioso apoyo y esfuerzo

A todas las personas que de una u otra forma participaron en este trabajo y estuvieron cerca de mí.

INDICE

CAPITULO I PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL LUGAR.....	1
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 OBJETIVOS.....	4
1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FACTORES QUE ORIGINAN LA VIOLENCIA FAMILIAR	7
2.1.1 MITOS EN TORNO A LA VIOLENCIA FAMILIAR	12
2.1.2 HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA	15
2.2 DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.....	19
2.3 TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR.....	22
2.4 CICLO DE LA VIOLENCIA.....	25
2.5 LA IMPORTANCIA DEL GÉNERO EN LA REPRODUCCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.....	27
2.5.1 MITOS SOBRE LO MASCULINO Y LO FEMENINO.....	30
2.5.2 ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.....	30
2.5.3 LA TEORÍA DE GÉNERO.....	31
2.5.4 EL SEXO Y EL GÉNERO.....	32
2.6 DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DEPRESIVO DE LAS MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA FAMILIAR DE ACUERDO A DIVERSOS AUTORES Y EL DSM-IV	34
2.6.1 PERSPECTIVAS DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL EN LAS MUJERES.....	41
2.7 SÍNDROMES QUE PRESENTAN LAS MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA FAMILIAR	44
2.8 MODELO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA UAPVIF XOCHIMILCO DF.....	47

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	58
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	61
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	62

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	63
4.2 VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	69

CAPITULO V

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA MEJORAR EL TRABAJO CLÍNICO EN LA UAPVIF	70
5.2 JUSTIFICACIÓN.....	70
5.3 PLANEACIÓN.....	71

ANEXOS

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL LUGAR

A través de la evolución administrativa de la Ciudad de México en los últimos treinta años, a partir de una reforma constitucional, Xochimilco constituye la tercera Delegación Política del Distrito Federal en cuanto a la extensión ubicada al sur del valle de México, a 23 Km. del centro de la capital, con una altura como término medio de 2 500 metros sobre el nivel del mar

La Delegación es considerada patrimonio cultural de la humanidad por sus tradiciones y costumbres, la cual cuenta con una población de 369 ,787 habitantes, de los cuales el 181, 872 corresponden a los hombres y 197.915 son mujeres. En cuanto a la religión predomina la católica, después de la dificultad que tuvieron los evangelizadores para transformar el fondo y el contenido de las creencias y las prácticas religiosas, algunas formas cambiaron, otras se eliminaron y gran parte de ellas se adaptaron.

Xochimilco es una zona culturalmente muy compleja: en la actualidad se diluyen toda una serie de elementos que involucran una tradición indígena prehispánica, colonial y desde luego la vida moderna, por lo que el comportamiento social de los pobladores se debe, entre muchas cosas, al cambio en los modos y medios de producción tradicional y también en las actitudes. De lo que podemos decir que se encuentra en una etapa de transición cultural de sus usos y costumbres que tiene que ver tanto con sus cambios urbanos como con la pérdida de relaciones institucionales iglesia-familia, con la disminución marcada, sobre todo en los últimos años, de lazos que ligaban a los nativos del lugar a quedarse en él por sus formas de producción y su subsistencia. Con esto se observa que pasa de ser una comunidad agrícola a formar parte del sistema de vida urbano.

La Unidad de Atención y Prevención de La Violencia Familiar (UAPVIF) Xochimilco se encuentra conformada por cuatro abogadas, una trabajadora social, dos psicólog@s, un auxiliar administrativo y el encargado de intendencia. Los cuales proporcionan un servicio multidisciplinario a todos l@s usuari@s que acuden a la unidad por vez primera o de manera subsecuente, aclarando que a la población que se atiende es de todos los niveles sin importar su condición económica, raza, sexo, cultura, orientación sexual, educación o edad. Así mismo el servicio que se brinda a las personas es una entrevista inicial en trabajo social, para posteriormente de acuerdo a su problemática canalizar al área jurídica o psicológica de tal manera que si lo requiere puede realizar un convenio de conciliación con su pareja en cuanto a la violencia que vive, como lo marca la LAPVF o en su caso orientarla y derivar a la instancia que sea competente.

Además el personal de la unidad realiza actividades de prevención de la Violencia Familiar en instituciones educativas, de salud, con servidores públicos, participa en distintas ferias organizadas por la Delegación, instancias de gobierno u ONG´s, proporcionando cursos talleres, conferencias, pláticas de sensibilización y concientización, teniendo como objetivo el ayudar en la eliminación de la Violencia en todas sus formas.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La violencia es una conducta humana aprendida que se fortalece en la práctica cotidiana conforme nos relacionamos y se inserta en un contexto social determinado que lo avala. Las causas del comportamiento violento, y más específicamente de las acciones realizadas para transgredir la voluntad de los demás, no deben buscarse en la información genética ni en el cuerpo mismo ya que no existe argumento válido que justifique la violencia.

Detrás de cada atropello entre dos personas hay múltiples relaciones sociales; existen jerarquías asignadas en función del sexo, la clase social, la raza, la orientación sexual, las capacidades diferentes, etc. Al hablar de violencia debemos remitirnos al concepto de fuerza, es decir, la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño, en un sentido más amplio puede hablarse de violencia familiar, de violencia política, de violencia económica, de violencia social y en todos los casos, el uso de la fuerza nos remite al concepto de "poder". "La violencia se gesta en la desigualdad y se nutre en el ejercicio del poder"¹.

Entendemos como violencia todo acto intencional, que puede ser único, recurrente o cíclico dirigido a dominar, controlar, agredir o lastimar a la otra persona, reproduciéndola siempre en direcciones definidas y ejercida por quien tiene mayor jerarquía como puede ser; el marido hacia la mujer, del padre o la madre hacia los hijos; de los adultos jóvenes hacia los ancianos, de las personas sanas a las que presentan capacidades diferentes, de los heterosexuales hacia los homosexuales y lesbianas, de los y las jefas sobre los y las empleadas. Los hombres sobre otros hombres y las mujeres sobre otras mujeres, aunque también se puede ejercer sobre objetos, animales o contra el propio individuo.

Además es importante conocer que la violencia familiar tiene múltiples manifestaciones en donde la más conocida es la violencia física, restándole interés a las demás que como la anterior causan un gran impacto en las personas que la reciben y que tanto la psicológica, verbal, económica sexual, de género ocasionan consecuencias graves difíciles de sanar.

Históricamente dentro del contexto social en el que nos hemos desarrollado, las mujeres han sido el blanco principal de las agresiones, las cuales por ejecutarse en el entorno familiar no se ha visibilizado con la importancia que merece y por consiguiente las formas de enfrentarla han sido insuficientes, considerándola aún una cuestión de la vida privada que no puede hacerse pública, impidiéndole a la persona que recibe violencia, acudir a denunciarla, ya que además es señalada como mala o culpable de tales actos denigrantes y esto la lleva a reprimir sus emociones de manera que tiene que movilizar toda su dinámica interna y condición para poder sobrevivir en un mundo que progresivamente le resulta cada día más adverso.

¹ Ley de Asistencia y Prevención de la violencia familiar para el Distrito Federal y Reglamento, México D. F. 1998, pág. 8.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La intención de abordar esta problemática está orientada en parte por la actividad laboral que me ha permitido observar directamente a personas que sufren de violencia en la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, UAPVIF Xochimilco cuando se presentan buscando ayuda. Dicha experiencia me ha llevado a conocer no solo factores que originan y permiten la reproducción de esta problemática sino también algunas consecuencias que tienen en el ser humano de manera individual, familiar y social, además de los costos que ello implica

A pesar de lo anterior y de los instrumentos creados para enfrentar la violencia familiar y que actualmente es considerada como un fenómeno social y un problema de salud pública de gran amplitud no se ha dado una atención prioritaria que proporcione soluciones prácticas y efectivas que coadyuven en la reeducación de la población logrando modificar los patrones de comportamiento adquiridos en su desarrollo.

Es por ello importante enfrentar esta problemática no sólo desde el punto de vista legal ya que esto limitaría su atención sino también los aspectos psicológicos que encierran en ella y las formas de relacionarnos con los demás, fuente principal en el desarrollo de conductas violentas.

De igual forma el interés del profesional es conocer la depresión que presentan las usuarias, es decir, cuándo ésta es ocasionada por una situación de enfermedad o cuándo se da por la opresión que la sociedad y la pareja realizan; dicho conocimiento es fundamental para que el profesional se encuentre sensibilizado y así pueda escuchar, orientar y dar alternativas terapéuticas de acuerdo a la problemática que presenten las pacientes además de poder visualizar el grado recurrente con el que se está dando la depresión y las áreas que perjudica como consecuencia de la violencia que viven.

En la violencia que reciben las mujeres se van desarrollando algunos síndromes que sirven como mecanismos de defensa para poder vivir bajo ese ritmo de vida, motivo por el cual es necesario identificar las características que presentan con el objetivo de determinar las causas de la depresión

En este trabajo se analiza la violencia familiar desde una perspectiva de género y una violación a los derechos de grupos vulnerables que son principalmente las mujeres, los niños y las niñas, las personas adultas mayores y los discapacitados. Además es importante señalar que la violencia familiar no se da exclusivamente en una clase social, que no todas las mujeres se atreven a denunciarlo obedece a otros factores e inclusive llegando a justificar la violencia con la aparente seguridad económica en la que se encuentran ellas y sus hijos. Esta decisión de continuar permitiendo el maltrato se debe a la intimidación, control y chantaje que reciben. Es por ello que la psicología debe intervenir en la problemática buscando brindar una atención integral encaminada a conocer cada uno de los factores que influyen en la depresión que presentan las mujeres que viven violencia familiar.

1.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si la depresión que manifiestan las usuarias que acuden a la UAPVIF Xochimilco es propiciada por la violencia familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar si la violencia familiar es aprendida dentro del núcleo familiar.

Detectar si la cultura influye en la reproducción de la violencia familiar.

Conocer cuales son los tipos de violencia que se ejercen dentro de la familia.

Enumerar las principales características de la depresión.

Conocer si la depresión es una enfermedad o padecimiento en las mujeres que viven violencia.

Observar de qué manera influye la depresión en la conducta que presentan las usuarias.

1.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los instrumentos creados por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la sensibilización sobre la violencia familiar y lograr sacar a la luz de la sociedad este problema que se etiquetaba privado (que actualmente se ubica como un problema de seguridad pública, de salud pública y de Derechos humanos¹) se debe reconocer que aún hay un largo camino por recorrer para erradicar la problemática ya que los datos existentes en México indican que “el 56.7% de mujeres urbanas y el 44.3% de mujeres rurales reportan algún tipo de violencia, el 53.3% reporta maltrato físico y psicológico, el 30.3% maltrato psicológico físico y sexual, el 1.6% maltrato psicológico y sexual y el 14.8%” maltrato psicológico².

Al hablar del Distrito Federal, las cifras que se tienen muestran que alrededor de 5 millones 800 mil personas del total de la población, han sufrido algún tipo de Violencia Familiar. De estas víctimas aproximadamente 70 delitos se denuncian a diario, de los cuales el 88% son agresiones contra mujeres, esta cifra está muy por arriba del 75% que marca la ONU como promedio a nivel mundial de la violencia contra las mujeres ello refleja un grave indicador de la situación en la Ciudad México.

Además, esta problemática rebasa la capacidad de los sectores de la sociedad que intervienen en ella considerando la limitación de recursos en las instituciones y la falta de compromiso ético por parte de las autoridades que atienden en las diferentes dependencias, ya que al no contar con un perfil y profesional técnico para que se atienda de manera especializada y sensibilizada la problemática son ellos quienes ocasionan que se siga reproduciendo la sociedad patriarcal.

La violencia contra la mujer también representa un obstáculo oculto para el desarrollo económico y social, al debilitar su energía. Atacando su confianza y comprometiendo su salud, la violencia de género priva a la sociedad de su participación, además de ser una causa significativa de mortalidad femenina. Recientes estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad indican que, “en las economías del mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva”³. Una de las consecuencias de esto, es que las mujeres no pueden contribuir de lleno con su labor o con sus ideas creativas si están agobiadas por las heridas físicas y psicológicas del abuso que viven, con ello se ve afectada la atención y cuidados necesarios hacia los menores y la educación que éstos reciben esta basada en las relaciones de poder que observan en su núcleo familiar, es decir, en condiciones desiguales que permiten la reproducción de la violencia en su forma de relacionarse con los demás durante su proceso de desarrollo y edad adulta.

De acuerdo a los factores mencionados anteriormente es posible que las mujeres que viven violencia presenten depresión, motivo por el cual es necesario estudiar los signos y síntomas que manifiestan durante el proceso de atención que se les brinda para determinar el grado de ésta y con ello poder proporcionar alternativas eficaces encaminadas a disminuirla.

Es importante que a través de este estudio se puedan obtener resultados dirigidos no solo a la atención de la violencia familiar y sus consecuencias sino también ofrecer propuestas para prevenir dicha problemática y con ello la depresión tanto a las

¹ Red de Referencia del Distrito Federal, Estudio sobre Violencia Domestica en México, México 1999. p.10.

² Red de Referencia del Distrito Federal, Estudio sobre Violencia Domestica en México, México 1999. p.12.

³ Heise, Lori, Pitanquy Jacqueline y Germain Adrienne, Violencia contra la Mujer: La carga oculta de salud, Programa Mujer Salud y Desarrollo/OPS, nov. 1994 p. 10

personas que viven violencia como a los familiares que las rodean debido a que la reacción de uno causa efecto en los demás creando irreparables consecuencias a nivel personal y social.

MARCO TEÒRICO

2.1 FACTORES QUE ORIGINAN LA VIOLENCIA FAMILIAR

A lo largo de nuestra historia, la familia ha jugado un papel muy importante ya que es la base de la sociedad, dentro de la cual se dan dos aspectos culturales que la conforman y son:

- a) La autoridad indiscutible del padre
- b) El necesario y absoluto auto sacrificio de la madre

Esto se refiere a la abnegación maternal entendiéndose por “abnegación”, la negación absoluta de toda satisfacción personal y aunada a esto el hecho de que la mujer esté marcada con una etiqueta de debilidad y devaluación desde que nace. Nuestra cultura ha conservado una intensa y estrecha relación madre-hijo en los primeros años de vida debido a la dificultad para la realización de la mujer como pareja que compensará con una maternidad intensificada. Esto causado por la fricción exagerada de los roles sexuales, en donde usualmente ha habido un rechazo a todo lo femenino y la inflexibilidad en cuanto a las conductas tradicionalmente valoradas como masculinas o femeninas y que han dificultado la relación simétrica de pareja.

El papel del hombre en México ha sido caracterizado por ser esencialmente de proveedor, trayendo al hogar lo materialmente necesario para el sostén del mismo, recayendo en él el derecho a la autoridad familiar, así como todo tipo de privilegios como ausentarse esporádica o prolongadamente, llegar tarde al hogar, emborracharse o ser infiel, mientras por su parte, el papel de la mujer ha sido el de cuidar y educar a los hijos, haciéndose cargo de las labores del hogar, debiendo cumplir pasivamente, dichos deberes. El sostén, rol primario del hombre es intercambiado por los diferentes servicios de la esposa que incluyen generalmente el cuidado de los niños y el trabajo del hogar lo cual genera una actitud de la mujer a la maternidad incrementada, más por una situación compensatoria que de realización personal, ya que es en esta forma donde recibe todo el amor que la cultura le niega y donde ejerce el aprendizaje de la pasividad y obediencia típicos del rol con que se le ha educado. Estas características se han venido reforzando culturalmente además de la abnegación, la procreación, el miedo y la negación a la sexualidad.

La historia familiar nuevamente habrá de repetirse, pues la madre educa a sus hijas conforme a la identificación del rol con que ella creció: en la limitación de sus ideas, estimulando el respeto al padre a los hermanos varones a quienes la agresión, la autoafirmación y abierta expresión de su sexualidad les están permitidos. Así, los juegos infantiles estarán teñidos de un tinte que refuerce el rol sexual: “la comidita o la casita” para las niñas, “policías y ladrones” o cualquier juego de competencia física como el fútbol para los niños. La madre no descansará hasta crear un modelo de organización tal como se lo inculcaron a ella. En este mundo de enajenación opera como verdugo y como esclava.

Durante la adolescencia, la mujer se ha visto comprometida a jugar uno de los dos roles: el de la chica abnegada, asexuada, maternal y tierna, o el de la agresiva, autoafirmativa y sexual. La primera será codiciada como esposa, la segunda como amante o prostituta por el nombre a quien la sociedad le confiere el derecho de elegir. Esta situación sociocultural lleva a una neurosis con la cual las mujeres crecen con la idea de que su papel esta encaminado al matrimonio y maternidad, quedando muchas de sus necesidades reprimidas e insatisfechas. Desde pequeñas se les enseña la sumisión y la obediencia al padre, figura de mayor importancia en la familia. Una figura que aunque ausente físicamente, su autoridad no se

discute. Posteriormente dependemos y obedecemos al esposo el cual es nuevamente la figura más importante en el núcleo familiar al que le debemos respeto, sumisión y obediencia. Él posee el derecho de decidir sobre la vida de su esposa, hasta puede hacer notar su autoridad por medio de la agresión o maltrato hacia ella o los hijos

Es así como el área de mayor reto para la mujer se encuentra en satisfacer los requisitos que la cultura demanda. El no lograr vivir de acuerdo a ellos les genera sentimientos de fracaso y con esto tendencias a la depresión.

Por otro lado debemos señalar la influencia de la religión, ya que ésta y la familia aparecen relacionadas en la historia debido a que las autoridades religiosas lo establecieron así desde los primeros momentos, las ordenanzas reales apoyaron el mismo intento, las instituciones educativas se esforzaron por inculcar en los jóvenes los principios de la vida familiar regida por las normas canónicas; es así como la influencia de la iglesia y el comportamiento devoto fueron cauces de expresión que no se limitaban solo a las creencias y a las prácticas piadosas, sino que aspiraban a moldear las formas de convivencia entre los individuos, buscaban en todo momento encontrar en la familia su más firme apoyo ya que la interiorización de la ideología cristiana solo podría lograrse desde su asimilación a partir de la infancia.

Con esto podemos ver como la religión a sido un factor importante dentro de la educación, donde hombres y mujeres han vivido de forma diferente la experiencia religiosa, desde el catecismo hasta los sermones y toda la literatura a buscado reforzar la actitud de sumisión y obediencia de las mujeres, a la vez que resalta todas sus labores como una virtud y el lugar subordinado que les corresponde.

Se recomendaba también que en caso de culpa grave del marido durante una confesión, no se le reprendiese delante de su mujer, ya que importaba más mantener la autoridad de la cabeza de familia que la justicia en el seno del hogar y que la devoción religiosa debiera tener lugar en las mujeres después de cumplir sus obligaciones.

Dentro del hogar, las mujeres se entrenaban en la actividad propia de las amas de casa y se llegaban a dar casos en ocasiones donde estas aprendían a administrar con singular eficacia sus bienes y su esfuerzo les proporcionaba beneficios económicos a la vez que una relativa independencia de la tutela familiar sin embargo, tal atrevimiento significaba un pecado de soberbia y un desordenado afán de alterar la jerarquía establecida, con esto se demostraba que mientras no intentasen salir del discreto lugar que les correspondía todas las actividades femeninas eran aceptadas.

Debido a lo anterior es importante señalar que en México predomina la sociedad católica, la fuerte influencia ideológica de dicha iglesia se reflejó en el comportamiento de las mujeres asumiendo el papel que les corresponde por voluntad divina.

Es así como el comportamiento de cada miembro de la familia se fue estableciendo y considerando desigual al acostumbrar a las mujeres a mirarse y mirarlas como inferiores a los hombres, del mismo modo la ley se encargaba de mantener a la mujer subordinada a su padre, marido, etc.

Además se debe tomar en cuenta la formación del Estado liberal y su estructura de dominación ya que a pesar de la variedad de costumbres y condiciones sociopolíticas, promovió un modelo de lo femenino y la familia cuyas características patriarcales eran impuestas por el grupo en el poder.

Las ideologías, como dice Luis Villoro¹, corresponden a creencias justificadas pero que encubren la realidad, al interpretarla con conceptos que la distorsionan. Así fue como el Estado liberal durante el Porfiriato impuso sobre el papel de la mujer y la familia una serie de creencias que sirvieron para orientar el comportamiento, formar actitudes, mantener y reproducir las relaciones sociales que condicionaban tanto a las mujeres como a las familias mismas.

Otro factor importante son los programas y los libros de lectura de las escuelas primarias oficiales, aprobados por el gobierno liberal *oligárquico*², funcionaron como un instrumento básico en la educación formal para la difusión de las ideas e influyeron en el proceso de socialización temprana para transmitir los papeles femeninos y masculinos. De la misma manera los valores eran asimilados mediante la exposición de las normas de comportamiento y máximas morales que se desprendían de los personajes de los cuentos, las fábulas y los relatos históricos que estaban de moda en ese tiempo.

La familia fue entonces transmisora ideológica de la cultura patriarcal y mantuvo la división de funciones por sexo mediante la socialización. El sexismo como forma de discriminación estuvo presente no solo en la familia y en la escuela sino que fue reforzado por los medios de comunicación, principalmente en la lecturas de libros católicos, novelas románticas, revistas destinadas “al bello sexo” y periódicos, tanto católicos como liberales.

Las características de los personajes femeninos y los mensajes transmitidos en la familia, la religión, la escuela, las leyes y los medios de comunicación jugaron un papel importante en el proceso de construcción de la identidad masculina y femenina. Es importante aclarar que en este proceso cada individuo posee una experiencia específica de acuerdo al género, generación a la que pertenece y la posición social que ocupa; sin embargo la finalidad ha sido que el padre tenga la autoridad y los demás miembros de la familia le deban sumisión, respeto y obediencia.

Posteriormente el liberalismo se valió de Juan Jacobo Rousseau para introducir la idea romántica de la familia y la mujer ya que en su opinión la educación de los hijos era la función primordial de la familia y por la importancia que le atribuía a la mujer por su función maternal, insistía tanto en su virtud moral como en su educación al hogar, en el Contrato Social, Rousseau plantea que “los hijos varones deben separarse del cuidado paterno cuando cesa el tiempo que necesitan de él para su propia conservación, es decir, exentos los hijos de la obediencia que debían al padre, desligados los padres del cuidado que debían a los hijos, quedan en igualdad de independencia”³

En cambio a las hijas no las desliga de la familia pues éstas están sujetas a sus padres hasta que contraigan matrimonio y entonces dependan de sus maridos.

De igual manera aconsejaba que la educación de la mujer se planteara a cargo del hombre, instruyéndola para hacerle la vida agradable y feliz en el hogar. Decía Rousseau: “Habrán de ser educadas para soportar el yugo desde el principio, para que no lo sientan; para dominar sus propios caprichos y someterse a la voluntad de los demás, sostenía que cada cónyuge concurre

¹ Villoro Luis, El concepto de ideología y otros ensayos, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, pág. 8.

² Oligarquía: Gobierno en que unas cuantas personas de una misma clase asumen todos los poderes del Estado

³ Rousseau Juan Jacobo El Contrato Social, Ginebra 1762 pág. 6, Retomado por. Pérez Vázquez Teresa (Coordinadora) El Colegio de México, A.C. Programa “Salud Reproductiva y Sociedad”, seminario taller teórico-metodológico, violencia domestica: Un acercamiento desde la teoría de género y las entidades de género. México octubre-diciembre 2001

por igual al objeto común pero no de un mismo modo: de esta diversidad nace la primera capacitación de las niñas para ocupar el lugar que la sociedad les asigna: el de compañera andante, consejera del hombre y educadora de sus hijas. Por su parte los hijos aprendieron bien las actitudes patriarcales y con ello la idea de que el padre es el que manda y el que ampara, la fuerza que protege, el hombre que representa a toda la familia y que la madre por ser mujer muestra un espíritu de debilidad para conseguir su libertad, por lo que aparece como mujer apegada a la autoridad del marido, manteniendo como ideología desempeñar el papel que le corresponde "llegar a ser buena ama de casa y buena madre"⁴. A partir de entonces la autoridad del padre se convirtió en mandato indiscutible dentro de la familia, ya que la ausencia de dicha autoridad podía ocasionar el desorden del hogar, por consecuencia como jefe del hogar su obligación fue alimentar a la mujer, el cual se le redujo el espacio dentro del hogar. Para la época porfiriana no había mejor mujer que aquella cuyo mundo era únicamente su casa:

*"Modesta, hacendosa y discreta, solo vive para hacer la felicidad de su esposo y amor a sus hijos. No la ciegan las vanas pompas del mundo y vive encerrada en su casa alegre y feliz como esos pajarillos encerrados en humildes jaulas, donde lejos de pensar en su libertad perdida, cantan de gusto"*⁵

Por otra parte en la epístola de Melchor Ocampo que se empezó a leer en la ceremonia del matrimonio civil a partir de la Reforma, se plasman las ideas de Rosseau al considerar a la mujer débil, tierna, necesitada de protección, dulce y moralmente superior por su papel de madre

"El hombre cuyas dotes sexuales son principalmente el valor y la fuerza, debe dar y dará a la mujer protección, alimento y dirección, tratándola siempre como a la parte más delicada, sensible y fina de sí mismo, y con la magnanimidad y benevolencia generosa que el fuerte debe al débil..."

*La mujer cuyas principales dotes son la abnegación la belleza, la compasión, la perspicacia y la ternura, debe dar y dará al marido obediencia, agrado, asistencia, consuelo y consejo, tratándolo siempre con veneración que se debe a la persona que nos apoya y defiende..."*⁶

Posteriormente en 1907 se reconoció a la madre como la primera educadora de los hijos y, se pensó que mediante su educación el Estado podría conducir el futuro de la sociedad.

En esa época se manifestaba que si querían tener buenos ciudadanos, debían de formar buenas madres de familia, se pensaba que educar a un hombre es formar a un individuo, pero educar a una mujer es formar a las generaciones que están por venir y que la mujer educada edifica su casa; la mujer no educada la destruirá.

De esta forma se llegó a pensar que la principal razón para mejorar la educación de la mujer era la necesidad de sembrar en los niños ciencias positivas, con ello se estableció que ser maestra era la profesión única e ideal para una mujer porque no se alejaba de sus características femeninas acerca del cuidado moral y material de los niños y que no tenían la capacidad para otra cosa.

Las niñas fueron acostumbradas desde entonces a ayudar a sus madres en los quehaceres domésticos, cuidar el orden y aseo de la casa tal como lo hacía la madre. Los niños en cambio

⁴ Pérez Vázquez Teresa (Coordinadora) El Colegio de México, A.C. Programa "Salud Reproductiva y Sociedad", seminario taller teórico-metodológico, violencia domestica: Un acercamiento desde la teoría de género y las entidades de género. México octubre-diciembre 2001 Pág. 21

⁵ Ídem. 23

⁶ Artículo 15 de la Ley del matrimonio civil de 1859, en la legislación Mexicana, 1876-1904 pág. 691-695.

tenían menos obligaciones en el hogar y más libertad de salir a la calle; de tal modo los hijos aceptan la imagen del padre y de la madre y posteriormente la reproducen cuando les toca adquirir su papel respectivo.

Cabe señalar que debido a los métodos utilizados para transmitir esta cultura, ha sido más fuerte la influencia de las madres que de los padres sobre los jóvenes en la reproducción de la identidad del estereotipo femenino ya que educan a sus hijas para ser prudentes, resignadas y amar a su marido. Dichas conductas se vieron inducidas durante el Porfiriato por medio de la circulación en la Ciudad de México de revistas que guiaban a las mujeres estableciendo determinadas formas en su actuar, pero también se les atribuían defectos tales como la inconstancia, el engaño y la altanería. En cuanto al comportamiento masculino, este se representaba por medio del valor, la razón, sabiduría y responsabilidad.

Es así como se consideró a la familia una unidad de cooperación, donde el hombre y la mujer tenían distintas funciones pero a la vez complementarias, para el buen funcionamiento de la sociedad. Se reprodujo la estructura jerárquica de la sociedad en relación hombre-mujer y se construyó "lo femenino". También reconoció la importancia de la mujer como transmisora de valores en la formación de los futuros ciudadanos, por eso estableció el principio de que el hombre debía mantener a la mujer para que ella pudiera dedicarse a sus hijos, haciéndola a la vez responsable de la salud y la moral de la familia.

De tal forma, el destino de las mujeres modernas es el de ser esposas dóciles y sumisas, silenciosas, influenciadas para ser productoras de hijos legítimos, sin embargo, al estar casadas pierden la capacidad de decisión incluso sobre su propio patrimonio, al cumplir su destino de esposas y madres están subordinadas a la autoridad de un varón.

Una vez explicada la forma en como se han establecido los roles tradicionales de género, se comprende el hecho de que sea el hombre quien utilice los diferentes tipos de violencia como una forma de ejercer el poder lo cual explica que dicha conducta esta determinada por diferentes factores como son: históricos, culturales y sociales que se aprenden y reproducen en la dinámica del grupo social. Es importante destacar el proceso histórico del pueblo mexicano, que ha contribuido a la conformación de la manera de ser, sentir y pensar de los mexicanos, lo cual propicia que se gesticione la violencia principalmente hacia la mujer, de la misma forma encontramos que existe el caso de los hijos que al estar inmersos en un medio violento de manera constante, observan como la madre es objeto de agresión, es decir, es así como van aprendiendo formas de vida violentas, imitando a los modelos que tienen presentes, en este caso a que el varón es el que maltrata y la mujer es la víctima del maltrato, de tal modo, que las hijas se identifican con el modelo materno, siendo sumisas y obedientes en tanto que los hijos varones imitan a la figura masculina, mostrándose violentos y competitivos. Esto es reforzado por las creencias, tradiciones, costumbres, códigos morales y prejuicios reinantes en nuestra sociedad; en donde la violencia es una respuesta instrumental ya que se aprende y refuerza del medio en el que se desenvuelven los individuos.

No dejaremos de lado, el punto de vista frustración-agresión, pues siendo el varón por lo general el que satisface las necesidades primarias de la familia, es quien sale por tradición a enfrentarse con su medio, a veces esto hace que las personas se sientan frustradas ante la inhibición y postergación de sus metas, sobre todo si su tolerancia a la frustración es baja, mayor será su agresividad, llegando a descargar su violencia por lo general hacia la esposa y los hijos.

Aunado a lo anterior están presentes los efectos psicológicos, físicos y sociales provocados por la experiencia vivida dentro del ciclo del maltrato en la familia y los mitos en torno a este.

2.1.1 MITOS EN TORNO A LA VIOLENCIA FAMILIAR

Los mitos son creencias erróneas que la mayoría de la gente acepta como si fueran verdaderas interiorizándolas para posteriormente reproducirlas mediante la socialización. En lo que respecta a la violencia familiar, existe una enorme cantidad de mitos que es necesario revisar para poder comprender la realidad del problema⁷.

Mito 1. Los casos de la violencia familiar son escasos: no representan un problema tan grave.

Realidad. Hasta hace algunos años, el fenómeno de la violencia familiar no había sido estudiado ni sacado a la luz, por tratarse de un fenómeno oculto, cuyos protagonistas hacen todo lo posible por disimular. Pero cuando se comenzó a investigar, las estadísticas mostraron la magnitud social del problema: alrededor del 50% de las familias sufren alguna forma de violencia.

Mito 2: La violencia familiar es producto de algún tipo de enfermedad mental.

Realidad. Los estudios realizados muestran que menos del 10% de los casos de violencia familiar son ocasionados por trastornos psicopatológicos de algunos de los miembros de la familia. Por el contrario, se ha comprobado la afirmación opuesta: que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia a menudo desarrollan trastornos psicopatológicos, como cuadros de depresión, angustia, insomnio, etc.

Mito 3. La violencia familiar es un fenómeno que solo ocurre en las clases sociales más carentes.

Realidad. La pobreza y las carencias educativas constituyen factores de riesgo para las situaciones de violencia, pero no son patrimonio exclusivo de esos sectores de la población. Se sabe que los casos de violencia familiar se presentan en todas las clases sociales y en todos los niveles educativos. Hay casos de abuso crónico en familias de profesionales, empresarios, comerciantes, etc. Lo que ocurre es que, a medida que ascendemos en la escala social, existen más recursos para mantener oculto el problema.

Mito 4. El consumo de alcohol es la causa de las conductas violentas.

Realidad. El consumo del alcohol puede favorecer la emergencia de conductas violentas, pero no las causa. De hecho, muchas personas alcohólicas no usan la violencia dentro de su hogar, y también es cierto que muchas personas que mantienen relaciones familiares abusivas no consumen alcohol. Y existe un tercer argumento: las personas que utilizan la violencia dentro de su hogar, cuando están alcoholizadas no son violentas cuando beben en otros lugares o en situaciones sociales.

Mito 5. Si hay violencia, no puede haber amor en una familia.

⁷ Ferreira Graciela B. La mujer maltratada, un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica, Ed. Hermes México 1976 pág. 77.

Realidad. Los episodios de violencia dentro del hogar no ocurren de forma permanente, sino por ciclos. En los momentos en los que los miembros de la familia no están atravesando por la fase más violenta del ciclo, existen interacciones afectuosas, aunque el riesgo de que en cualquier momento se vuelva a la situación de violencia siempre está flotando en el aire. El amor coexiste con la violencia; de lo contrario no existiría el ciclo.

Generalmente, es un tipo de amor adictivo, dependiente, posesivo, basado en la inseguridad.

Mito 6. A las mujeres que son maltratadas por sus compañeros les debe de gustar; de lo contrario no se quedarían.

Realidad. Los recuerdos masoquistas no entran dentro de la definición de violencia doméstica. En la mayoría de los casos, las mujeres que sufren situaciones crónicas de abuso no pueden salir de ellas por una cantidad de razones de índole emocional, social, económica, etc. Además una mujer víctima de maltrato experimenta sentimientos de culpa y vergüenza por lo que le ocurre, y eso le impide muchas veces pedir ayuda. Pero ningún caso experimentan placer en la situación de abuso; los sentimientos más comunes son el miedo, la impotencia y la debilidad.

Mito 7. Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan: “algo hacen para provocarlo”

Realidad. Es posible que su conducta provoque enojo, pero la conducta violenta es absoluta responsabilidad de quien la ejerce.

No hay “provocación” que justifique una trompada, un golpe en la cabeza o una patada. Los hombres que ejercen violencia en su hogar intentan permanentemente justificar su conducta en las “provocaciones” y les permite eludir su responsabilidad. Una variedad de este mito es el que dice que una víctima de agresión sexual o de violación algo ha hecho para provocarlo. Estos mitos tienden a culpabilizar a la víctima del victimario, y se traducen en ciertas preguntas que policías, médicos, abogados y otros profesionales hacen a la víctimas de abuso (sean mujeres o niños), transformándolas en “sospechosas”.

Mito 8. El abuso sexual y las violaciones ocurren en lugares peligrosos y oscuros y el atacante es un desconocido.

Realidad. En el 85% de los casos, el abuso sexual ocurre en lugares conocidos o en la propia casa, y el abusador es alguien de la familia o un conocido (tanto en el caso de abuso sexual de niños como de mujeres).

Mito 9. El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física.

Realidad. El abuso emocional continuado, aún sin violencia física, provoca consecuencias muy graves desde el punto de vista del equilibrio emocional. Muchos psiquiatras llegan a diagnosticar cuadros sicóticos en personas que, en realidad, están sufriendo las consecuencias del maltrato psicológico crónico.

Mito 10. La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la “esencia” del ser humano.

Realidad. La violencia es una conducta aprendida a partir de modelos familiares y sociales que la definen como un recurso válido para resolver conflictos. Se aprende a utilizar la violencia en la familiar, en la escuela, en el deporte, en los medios de comunicación. De la misma forma sería posible aprender a resolver las situaciones conflictivas de manera no violenta.

Mito 11 Es la cruz que Dios le envió.

Hay muchas cosas que no se pueden controlar, como lo son las enfermedades, pero es claro que la violencia si se puede detener, es que la voluntad de Dios sea que cambiemos nuestras vidas para mejorar más no para vivir en la violencia.

Mito 12. Las mujeres son seres inferiores.

Las mujeres poseen la misma capacidad que los hombres por lo tanto, tienen un valor como seres humanos y nadie tiene derecho a humillarlas; mucho menos a maltratarlas.

Mito 13. Merecen ser golpeadas porque se portan mal.

Ningún ser humano merece ser maltratado, haga lo que haga, dado que la violencia no tiene razón de ser para supuestamente corregir a otra persona.

Mito 14. Si es un buen proveedor y un buen padre, hay que aguantar sus defectos.

La violencia doméstica no debe ser permitida por ninguna razón, aunque el padre se encargue de la economía de la casa, cumpla con ella, y sea bueno con los niños.

Mito 15. La violencia no afecta a los niños.

Definitivamente la violencia doméstica sí afecta a los niños, pues muchos hombres que hoy son golpeadores vieron a sus madres ser maltratadas y aprendieron que así tenía que ser.

Mito 16. Si no se dejara no la golpearía.

Aunque una mujer trate de defenderse, es golpeada a veces hasta más fuerte, además, físicamente su fuerza es menor, con la cual queda en desventaja contra su agresor.

Mito 17. El amor lo soporta todo.

Este es otro mito que suele reforzar la aceptación y el perdón por parte de la mujer, promoviendo con ello una relación que a la única que afecta es a la mujer y su familiar por esta deficiente concepción del amor.

Mito 18. Porque no lo complace, por fodonga.

Con este mito muchas personas (familiares, vecino, etc), suelen justificar la actitud del agresor, culpabilizando a la mujer al admitir que merece tal trato en caso de no “cumplir” con su rol histórico, cosa que no ocurrirá si sucede lo contrario.

Hasta aquí se mencionan algunos de los mitos más importantes que han influido en que el problema de la violencia familiar continúe siendo aceptado en todos los niveles y sectores sociales⁸

⁸ Pérez Vázquez Teresa (Coordinadora) El Colegio de México, A.C. Programa “Salud Reproductiva y Sociedad”, seminario taller teórico-metodológico, violencia domestica: Un acercamiento desde la teoría de género y las entidades de género. México octubre-diciembre 2001

2.1.2 HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA

La deslegitimación y los abordajes legales y terapéuticos se han realizado casi exclusivamente sobre las formas evidentes, máximas y trágicas de la violencia familiar y sus efectos. Quedando así ignoradas múltiples prácticas de violencia y dominación masculina en lo cotidiano, que se elaboran impunemente, algunas no vistas, otras legitimadas con la impunidad de lo naturalizado y aceptadas socialmente.

Ahora bien cabe mencionar que para tener un mayor conocimiento de la violencia familiar debemos saber que detrás de la violencia existe el ejercicio del poder mediante el uso de la fuerza, por lo que el poder no es una categoría abstracta; el poder es algo que se ejerce, que se visualiza en las interacciones (donde sus integrantes la desarrollan). Este ejercicio tiene un doble efecto: opresivo y con ello mismo limitador, en tanto provoca recortes de la realidad que definen existencias, espacios, subjetividades, modelos de relación, etc.

A continuación se mencionan dos significados importantes que surgen con la palabra “poder” “una es la capacidad de hacer, el poder personal de existir, decidir; es decir, sentirse seguro, lo cual requiere una legitimación social que lo autorice. Otra, la capacidad y la posibilidad de control y dominio sobre la vida o los hechos de los otros, básicamente para lograr obediencia y respeto que mantiene seguro al hombre”⁹

Al mismo tiempo, la desigual distribución del ejercicio del poder sobre otros u otras conduce a la asimetría en la relación de pareja. La posición de género (femenino o masculino) es uno de los ejes cruciales por donde fluyen las desigualdades de poder, y la familia, uno de los ámbitos en que se manifiesta. Esto es así porque la cultura ha legitimado la creencia colocando en posición superior al varón: el poder personal, la autoafirmación, es el rasgo masculino por excelencia en donde existen beneficios. Ser varón supone tener el derecho a ser protagonista (independiente de cómo se ejerza ese derecho). La cultura patriarcal niega ese derecho a las mujeres de superioridad que deberán entonces si pueden conquistarlo, a través de la socialización y la deshonesto lucha del poder, esto pasa en la creencia generalizada de que los varones tienen derecho a tomar decisiones o expresar exigencias en las que las mujeres se sienten obligadas a cumplir, disminuyendo su valor y necesitando la aprobación de ellos. La siguiente frase (protección por obediencia) refleja esta situación y demuestra el concepto que se tiene del dominio masculino. Este dominio arraigado como idea y como práctica en nuestra cultura, se mantiene y perpetúa por:

- Su naturalización (esto debido a que los roles y estereotipos han sido establecidos y aceptados por la sociedad, vistos como algo normal).
- La falta de recursos de las mujeres (ya que sus actividades se encuentran generalmente solo en el ámbito privado, limitando así sus redes de apoyo).
- El uso del poder por los varones que la sociedad le ha asignado acerca de su autoridad y otro poder que es el de la capacidad y habilidad de orientar el tipo y el contenido de las interacciones para lograr sus propios intereses, creencias y percepciones¹⁰.

Estas situaciones de poder que desde la posición machista desfavorece a las mujeres, suelen ser no vistas en las relaciones de pareja, llevando a la creencia de que en ellas se desarrollan experiencias recíprocamente igualitarias y cuidando la libertad social que adjudica únicamente a los varones, por el hecho de serlo y una ventaja de poder del que carecen las mujeres.

⁹ Corsi Jorge, Violencia Masculina en la pareja, Paidós, Buenos Aires, 1995 Pág. 193

¹⁰ Ídem. pág.194

Jorge Corsi¹¹ emplea un término no muy conocido, micromachismo en el que se refiere a las prácticas de dominación masculina en la vida cotidiana, si bien no es un palabra clara (en tanto designa la ideología de la superioridad masculina como los comportamientos exagerados de dicha posición), se refiere, en el lenguaje popular a una connotación negativa de los comportamientos de inferioridad hacia la mujer, que trata de un amplio abanico de maniobras interpersonales realizadas por los varones para intentar:

- Mantener el dominio y su supuesta superioridad sobre la mujer objeto de manipulación.
- Reafirmar o recuperar dicho dominio ante una mujer que se “revela” por “su” lugar en el vínculo.
- Resistir al aumento de poder personal o interpersonal de una mujer con la que se relaciona, o aprovecharse de dichos poderes.

Este autor hace alusión de los “microabusos y microviolencias”¹² que atentan contra la autonomía personal de la mujer, en los que los varones, por resultado de su socialización de género son expertos, socialización que, como sabemos, está basada en el ideal de masculinidad tradicional: autonomía; dueño de la razón, el poder y la fuerza, ser para sí, y definición de la mujer como inferior y a su servicio. A través de ellos se intenta imponer sin considerar el propio punto de vista o razón. Son efectivos porque los varones tienen, para utilizarlos válidamente, un aliado poderoso: el orden social, que otorga al varón, por serlo, la ventaja de la razón y derivado de ello, un poder moral por el que se crea un contexto de señalar, en el que la mujer es acusada: como “exageras” y “estas loca” dos expresiones que reflejan claramente la manera de violentar.

Destinados a que las mujeres queden forzadas a una mayor disponibilidad hacia el varón, ejercen este efecto a través de la reiteración, que conduce inadvertidamente a la disminución de la autonomía femenina, si la mujer no puede enfrentar eficazmente esta difícil lucha.

Su ejecución brinda “ventajas”, algunas a corto, otras a largo plazo para los varones, pero ejercen efectos dañinos en las mujeres, las relaciones familiares y ellos mismos, en tanto quedan atrapados, en modos de relación que convierten a la mujer en adversaria, impiden el vínculo con una compañera y no aseguran el efecto, ya que el dominio y el control exitoso solo garantizan obediencia y generan resentimientos.

Aún los varones mejor intencionados los realizan, porque están fuertemente inscritos en su programa de actuación con las mujeres. Algunos micromachismos son conscientes y otros se realizan con la “perfecta inocencia” de lo inconciente.

Para evidenciar mejor estas prácticas es importante mencionar su clasificación que son:

Micromachismos coercitivos. En donde el varón usa la fuerza moral, psíquica, económica o de la propia personalidad para doblegar y hacer sentir a la mujer sin razón

Micromachismos encubiertos. El varón oculta su objetivo de dominio, empleando maniobras sutiles que pasan desapercibidas, aprovechando su dependencia afectiva y pensamiento confiado por lo que resultan más efectivas que las anteriores.

¹¹ Bonino Luis, “Develando los micromachismos en la vida conyugal”, en Jorge Corsi, Violencia Masculina en la pareja, Paidós, Buenos Aires, 1995 Pág.197.

¹² Ídem .pág. 196

Micromachismos de crisis. Suelen emplearse en momentos de desequilibrio del varón al observar el incremento del poder personal de la mujer, mostrando acciones no cooperativas.

Con esta maniobra no solo intenta instalarse en una situación favorable de poder, sino que se busca la reafirmación de la identidad masculina, asentada fuertemente en la creencia de superioridad. Finalmente, mantener bajo dominio a la mujer permite también (y este es un objetivo que se debe trabajar cuando se intenta desactivar estas maniobras) mantener controlados diversos sentimientos que la mujer provoca, tales como temor, envidia, agresión, o dependencia.

Cuidadosamente estas maniobras pueden no parecer muy dañinas incluso pueden resultar naturales en las interacciones, pero su poder devastador a veces, se ejerce por la reiteración a través del tiempo, y puede detectarse por la acumulación de poderes de los varones de la familia a lo largo de los años. Un poder importante en este sentido es el de crearse y disponer de tiempo libre a costa de la sobre utilización del tiempo de la mujer.

Estos actos de poder tienen efectos en las relaciones hombre-mujer ocasionando el deterioro en la autoestima y autonomía femenina y el aislamiento y la consolidación de prejuicios misóginos en el varón, Además de lo anterior los hombres culpan constantemente a la mujer de ser la causante de los problemas sin observar su responsabilidad.

Quizá uno de los mecanismos más consolidados en el sostenimiento de las conductas misóginas que conducen al racismo, la sexofobia o la homofobia sea el de observar a la mujer como objeto. La creencia de que solo algunos varones (blancos) heterosexuales tienen el estatus de personas que permite percibir, en este caso, a las mujeres como menos persona negándoles reconocimiento y justificando el propio accionar abusivo¹³.

Para F. Antonio Ramírez¹⁴ La sociedad dicta que el hombre adquiera ciertas características para ser-hombre- y que la masculinidad es tan frágil que es un premio por el que se tiene que luchar, además de crear una imagen que evita o excluyente porque requiere aprobación mediante aspectos culturales, rituales o pruebas de habilidad y fortaleza. La violencia inicia y crea condiciones para seguirse reproduciendo mediante la invasión de espacios, espacios en los que los seres humanos nos desarrollamos, intercambiamos y aprendemos de los cuales F. Antonio Ramírez examina cinco:

El espacio intelectual. Lugar en el que se encuentra las creencias, ideas y pensamientos de una persona

El espacio físico. Comprende el cuerpo, los movimientos, los cinco sentidos del cuerpo, así como los lugares donde se encuentra la satisfacción de necesidades como la vivienda.

El espacio emocional. Está formado por sentimientos o emociones de cada persona

El espacio social. Es aquel donde se desarrollan contactos, interacciones e intercambios con otros grupos y personas.

¹³ Bonino Luís, "Develando los micromachismos en la vida conyugal", en Jorge Corsi, Violencia Masculina en la pareja, Paidós, Buenos Aires, 1995 Pág. 199.

¹⁴ Ramírez F. Antonio, Violencia Masculina en el hogar, Ed. Pax, México 1999 pág. 25.

El espacio cultural. Es la forma de procesar la realidad de acuerdo al aprendizaje que el individuo ha recibido en su grupo social, familia, grupo económico, religioso, educativo y geográfico

El hombre al invadir los espacios se siente con la suficiente capacidad para mantener el control y el dominio sobre la mujer, ya que la imposibilita y la deja sin recursos para su autodefensa.

Es importante mencionar que existen otros factores de riesgo que intervienen en los hombres para que estos reaccionen de manera violenta, que fungen como disparadores en determinadas situaciones, como son; el alcoholismo las drogas, los problemas económicos, pobreza, dificultades laborales ,la situación de desempleo, la falta de acceso a la cultura, los trastornos psicopatológicos, el control ideológico, las tensiones, la historia personal de rechazo afectivo, baja autoestima, creencia de superioridad en la sexualidad y la violencia presente en los medios de comunicación, entre muchos otros, representando principalmente una fuente de estrés que pueden favorecer en el empleo de conductas violentas, pero que en definitiva no se puede justificar ya que cada individuo es responsable o debe hacerse responsable de sus decisiones y comportamientos.

2.2 DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

En este capítulo se contempla el planteamiento que realiza la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal (LAPVF)¹⁵ acerca de la definición de violencia familiar entendida como:

“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 haya tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño”, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases:

a) Maltrato Físico. 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 su sometimiento y control.

b) Maltrato Psicoemocional. patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser: prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que proveen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.

Todo acto que se compruebe que ha sido realizado con la intención de causar daño moral a un menor de edad, será considerado de maltrato emocional en los términos de este artículo, aunque se argumente como justificación la educación y formación del menor.

c) Maltrato Sexual. Patrón de conducta consistente 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 ó dominio de la pareja y que generen un daño.

Como se puede observar, la Ley plantea aspectos fundamentales acerca de la violencia familiar con el propósito de coadyuvar de manera conjunta con otras instancias en la disminución de esta problemática.

Dado que la LAPVF plantea de manera concreta la definición de violencia familiar debido a su carácter de Ley; se considera necesario abordar algunos otros elementos acerca de este concepto que permitirán un mejor análisis

Como plantea Jorge Corsi¹⁶, el maltrato dentro del ámbito familiar no es un problema reciente sin embargo comenzó a aceptarse como problema social grave a comienzos de los años 60's. Posteriormente su denominación procede del I Congreso de Organizaciones Familiares, celebrados en Madrid en diciembre de 1987, y se pretendía definir con ella “toda acción u omisión de uno o varios miembros de la familia, que de lugar a tensiones maltratos u otras situaciones similares en los diferentes miembros de la misma; por tanto puede entenderse como toda situación que sobrevenida en su seno, revele un pérdida o perturbación de la paz y las

¹⁵ Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal y Reglamento, México D.F. 1998, Art. 3, Frac III.

¹⁶ Corsi Jorge, Una mirada abarcativa sobre la violencia familiar, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1994, pag.15-20.

normas relacionales de armonía y convivencia que entre las personas que la forman, deben presumirse existentes”.

La violencia familiar es entonces **“una relación de abuso”**, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder ocasionando daño físico o psicológico de un miembro a otro, lo cual implica un arriba y un abajo que adoptan habitualmente la forma de los roles complementarios: hombre-mujer, padre-hijo, joven-viejo.

Con base en lo anterior se puede decir que a pesar de plantear a la familia como un lugar ideal de elaboración afectiva, protección psicosocial, comprensión y seguridad entre sus miembros, llega a ser un lugar de intimidación, privación y creciente aislamiento por ser el grupo social más violento ya que los miembros familiares son siempre más impulsivos consigo mismos de lo que son con sus amigos o hacia desconocidos, sin embargo se intenta conservar una imagen idealizada de la vida familiar como un núcleo de amor más que de violencia potencial por ser el espacio de desarrollo primario de cada uno de los individuos.

De igual forma, Jorge Corsi refiere que se han identificado 11 factores que pueden incrementar el riesgo potencial dentro de una familia:

- 1.- La duración del periodo de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
- 2.- La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia y sus diversas formas de pensar ocasiona que no siempre tengan la misma opinión.
- 3.- La intensidad de los vínculos interpersonales.
- 4.- Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.
- 5.- El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.
- 6.- Las diferencias de edad y sexo.
- 7.- Los roles atribuidos en función de edad y el sexo.
- 8.- El carácter privado del medio familiar.
- 9.- La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
- 10.- El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.
- 11.- El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores “incrementan la vulnerabilidad de la familia y la pueden llevar a generar violencia, sin embargo se debe reconocer un factor que le da función y este es el *poder*, el cual

se refiere a una organización jerárquica dentro de la estructura familiar (junto con el factor de género). Así, el concepto de jefe de familia, se identifica con la idea de varón adulto¹⁷.

Esto obliga a los miembros de la familia a tener una conducta con obediencia, respeto, disciplina, verticalidad, castigo y jerarquía, para equilibrar las relaciones familiares y establecer las leyes. A continuación se refieren algunos ejemplos de lo referido:

-“La mujer debe seguir al marido”

-“Los hijos deben respeto y obediencia a los mayores”.

-“El padre debe mantener el hogar”.

-“El padre es el que impone la ley”.

-“Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas”.

Como se ha venido mencionado, la naturalidad con que se establecen estas leyes son aceptadas e indican y fundamentan la coherencia de este modelo autoritario de familia definido globalmente como “cultura patriarcal”, en donde una de las características de esta legalidad es que el concepto de respeto no es entendido como una categoría que tenga igualdad en la mujer sino que es definido a partir de una estructura de poder en la cual la dirección establecida es desde “abajo” hacia “arriba”. En una estructura como esta se acostumbra dar énfasis a las obligaciones, más que a los derechos de los miembros. Por lo tanto los más débiles tienen poco conocimiento de sus opciones y se ven limitados en sus acciones y espacios.

A partir de lo anterior se define la violencia familiar con base en una estructura determinada que no solo la naturaliza sino también la fomenta e interioriza en los miembros de ésta conforme transcurre su desarrollo y socialización ocasionando daños irreversibles que tanto madre e hijos les toca vivir.

¹⁷ Corsi Jorge, Una mirada abarcativa sobre la violencia familiar, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1994, Pág.15

2.3 TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

En este apartado se expone la importancia de conocer a profundidad cada uno de los tipos que intervienen en la violencia familiar ya que por lo general al hablar de esta problemática comúnmente se refiere solo al maltrato físico y si bien, es un aspecto importante de la violencia, existen otros tipos de abuso que Corsi (1994)¹⁸ describe según sus forma más habituales, las cuales se describen a continuación.

A) Violencia Física: Comprende una escala de conductas que van desde un empujón o un pellizco hasta producir lesiones graves que llevan a la muerte. Las consecuencias pueden ser leves o graves desde el punto de vista físico: hematomas, fracturas, aborto, lesiones internas, conmoción cerebral, muerte, pero siempre resultan traumáticas. Incluye acciones tales como:

- Acercarse a la víctima de forma intimidante
- Pellizcos, tirones, empujones.
- Jalones de cabello.
- Encierro
- Sacar de la casa por la fuerza.
- Arrojar o golpear con objetos.
- Golpes con el puño, cachetadas, patadas.
- Mordeduras.
- Arrojar sustancias tóxicas, comida, líquidos al cuerpo o cara.
- Quemaduras.
- Escupir, orinar o ensuciar el cuerpo de la víctima.
- Cortaduras, pinchazos.
- Desfigurar, perseguir por la casa.
- Arrastrar por el suelo
- Pegar en el vientre durante el embarazo.
- Amenazar con armas de fuego.
- Atar, encadenar.
- Cualquier contacto físico no deseado por la víctima.

¹⁸ Idem. p. 41- 47.

- Homicidio.

B) Violencia Psicoemocional. Se refiere al patrón de conducta que consiste en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, abandono y que provoquen en quienes las recibe, deterioro, disminución afectación a su estructura de personalidad. Como ejemplo de este tipo de violencia se refieren los siguientes actos:

-Insultos.

-La persona violenta llama a su pareja con apodos denigrantes.

-La trata con gritos y órdenes.

-La víctima es criticada y constantemente se le marcan defectos en las actividades que realiza.

-La amenaza de muerte, con quitarle a los hijos, sacarla del hogar, etc.

-Es obligada a hacer cosas bajo amenaza.

-Se intimida a la víctima mostrándole cómo maltrata a l@s hij@s.

-Recibe constantes humillaciones, se le hacen bromas que hieren.

-La víctima es culpada de todo lo que sucede, aún de las cosas más insignificantes.

-La persona violenta constantemente muestra que no confía en la víctima, que nada de lo que dice es cierto.

-No considera sus gustos, preferencias, opiniones, sentimientos.

-Se exige de la víctima que adivine los pensamientos, deseos, necesidades.

-Se le hace sentir a la víctima como tonta, débil e ignorante.

-Se exige que se atengan al rol correspondiente.

-Muestra celos y sospechas constantemente.

-El miembro que ejerce la violencia no da explicaciones acerca de su conducta; en cambio, exige que la víctima detalle constantemente que ha hecho y a donde ha ido.

-Se acusa de infidelidad.

-No se cumple con los pactos o acuerdos a los que han llegado.

-Prohibición a las relaciones familiares o amistades.

-Se propicia la ansiedad de la mujer respecto al futuro de esta y de sus hijos.

C) Violencia Sexual. Hace referencia al patrón de conducta que consiste en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: inducir a las prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor; se llevan a cabo desde una posición de poder o autoridad, sin embargo las mujeres tienen tendencia a minimizar este tipo de violencia, sobre todo dentro de la pareja, por creer que ellos tienen unas necesidades que deben satisfacer a su manera. Otra forma de ejercer la violencia sexual es por medio de la celotipia ya que a través de esta se busca controlar, manipular o dominar a la pareja y así generar un daño.

Para especificar este tipo de violencia el autor define los siguientes ejemplos:

-Se exige a la víctima el tener relaciones sexuales sin importar si lo desea o no, el cónyuge violento nunca acepta un no por respuesta.

-Violación.

-Se lastima a la víctima introduciéndole objetos en la vagina o ano.

-La víctima es obligada a tener coito anal.

-La víctima es obligada a realizar conductas sexuales en contra de su voluntad.

-La víctima es obligada a ver pornografía y a copiar lo visto.

-El cónyuge violento toma venganza si su pareja no accedió a tener relaciones sexuales.

-Le habla de manera insultante durante las relaciones sexuales.

-Usa el sexo para humillar o iniciar discusiones.

-Se compara a la víctima (por lo general mujer con otras mujeres).

-Se burla de su cuerpo.

-Es obligada a tener relaciones sexuales delante de sus hij@s.

-Es acusada de frígida.

-Es obligada a tener relaciones sexuales cuando: está deprimida, cansada, enferma, después del parto, después de un aborto, luego de la muerte de algún ser querido de ella, después de un éxito social o laboral de ella, si cree que prestó atención a otro hombre, etc.

-Contagia a su pareja de infecciones de transmisión sexual adquiridas en sus relaciones con otras parejas sexuales.

-Comparan con otras parejas con quienes se ha tenido actividad sexual.

D) Violencia ambiental y social. También son conductas que provocan daño y sufrimiento psicológico, tales como descalificar a la mujer y desautorizarla frente a los hijos e hijas, criticar a su familia o a personas que ella quiere, descalificarla o ignorarla en público, ser hostil con sus amig@s, romper cosas del hogar, hacerle desaparecer objetos queridos y lastimar o matar a sus mascotas.

E) Abuso económico. La frecuencia con que aparece en los casos de violencia familiar o conyugal justifica su inclusión como una forma particular de abuso. Las modalidades más habituales incluyen excluir a la mujer de la toma de decisiones financieras, controlar sus gastos, no darle suficiente dinero, ocultarle información acerca de sus ingresos.

2.4 CICLO DE LA VIOLENCIA

Es también importante señalar que la problemática de la violencia familiar se desarrolla dentro de un ciclo, el cual ayuda a comprender su dinámica para contribuir a transformarla. Al respecto, Walter (1979)¹⁹ describe a este ciclo en tres fases, las cuales son:

Primera fase:

Acumulación de tensión. Se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad pero son minimizados y justificados por ambos miembros de la pareja. El agresor presenta cambios repentinos en su estado de ánimo y comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos. La víctima se muestra complaciente y sumisa, o trata de hacerse invisible; para mantener su papel no debe mostrar ningún signo de enojo. El agresor, animado por esta adaptación pasiva, no se cuestiona ni se controla a sí mismo.

En casi todo abusador hay una intensa dependencia hacia su pareja. El temor de perderla se ve reforzado por los esfuerzos de la víctima por evitar contacto con él. Mientras más se distancia ella, tratando de detener la inminente explosión, él se vuelve más celoso, posesivo y hostigante. El malestar de ella crece constantemente, aunque no lo reconozca ni lo exprese. La tensión aumenta y cada momento es más difícil manejarla; víctima y victimario van entrando en estados de ánimo delirantes.

Los pequeños incidentes violentos se van manifestando más frecuentemente. El abusador busca los signos de enojo de ella y los intuye aunque sean negados. Exhausta por la tensión la víctima se retrae más a cada acto de hostigamiento. En algún punto hacia el final de esta fase, es ya imposible controlar el proceso en marcha. Al alcanzar este punto de inevitabilidad, la pareja entra en la segunda fase.

Segunda fase:

Episodio agudo. Esta es la fase más corta de las tres y consiste en la descarga incontrolada de las tensiones construidas durante la primera fase. Se caracteriza por la fuerza destructiva de los ataques que pueden variar en su gravedad desde un empujón hasta el homicidio. El abusador comienza por querer “darle a ella una lección” ó “convencerla de que no vuelva a comportarse de cierta manera” (según lo describe el autor ya referido) y termina encontrando que la ha lastimado severamente. Al final no entiende qué pasó. El detonador para la explosión violenta puede ser un hecho externo (por ejemplo, que haya salido sin avisar ó que la comida no esté lista) ó sólo el propio estado interno o emocional del agresor.

Cuando pasa el ataque agudo le sigue un período inicial de shock, negación del hecho. Tanto el abusador como la víctima buscan maneras de justificar la seriedad del ataque. Muchas víctimas de violencia familiar tienen reacciones similares a las que presentan las víctimas de desastres naturales. Los síntomas de su colapso emocional incluyen indiferencia, depresión profunda y sentimientos de desamparo. Es por ello que muchas mujeres golpeadas no buscan ayuda inmediatamente después del ataque.

¹⁹ Banda Bustamante Norma Bertha, Nosotras en la violencia familiar APIS, Fundación para la Equidad, A.C., México 2002, Pág. 19-21.

Tercera fase:

Luna de miel. Así como la fase dos se caracteriza por la brutalidad, la tres se distingue por la actitud del abusador extremadamente amorosa y arrepentida. Él se da cuenta de que ha ido demasiado lejos y trata de reparar el daño causado. Es esta una fase bienvenida por ambas partes de la pareja, pero irónicamente es el momento en que la victimización de la mujer se completa. En ésta, el golpeador se conduce de un modo encantador, se siente mal por sus acciones y trasmite su remordimiento. Promete a la mujer no volver a hierirla e implora su perdón. Él cree verdaderamente que nunca más volverá a lastimarla y que será capaz de controlarse en el futuro. Es sincero y puede convencer a cualquiera de sus propósitos de cambio. Con frecuencia, el abusador inicia una intensa campaña para ganarse el perdón y asegurarse que la relación permanezca intacta. Es común que llene de regalos a la mujer y que busque alianzas con familiares y amigos para reconquistarla. Sin embargo él cree también que ha dado tal lección a su compañera que ella nunca volverá a comportarse en forma que despierte en él la necesidad de agredirla.

Es durante esta fase de luna de miel que la mujer vislumbra su sueño original de amor maravillosamente pleno y elige pensar que esta cara de su compañero es la verdadera. De algún modo, la víctima comienza a responsabilizarse por la suerte de su agresor, siente que debe ayudarlo. La mujer maltratada quiere creer que no volverá a sufrir agresiones, la actitud arrepentida de su pareja apoya sus ganas de creer en que él puede realmente cambiar. Sin embargo, si ella ha pasado ya por varios ciclos, probablemente se dé cuenta en el fondo de que está arriesgando su bienestar físico y emocional por un breve momento de amor. Este conocimiento disminuye aún más su autoestima.

La duración de esta fase es difícil de determinar, pero muchas mujeres expresan que casi sin enterarse comienzan a ocurrir, otra vez, pequeños incidentes de la fase uno. En algunos casos, puede durar apenas unos momentos antes de caer nuevamente en la acumulación de la tensión. En algunas relaciones atrapadas en el ciclo de violencia por largo tiempo, la fase tres desaparece completamente.

2.5 LA IMPORTANCIA DEL GÉNERO EN LA REPRODUCCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.

Para obtener un conocimiento más amplio de esta problemática y poder observar a fondo su desarrollo es importante mencionar el estudio del género y sus elementos. Iniciaremos por entender el concepto de Género el cual es necesario asociarlo con sus orígenes biológicos.

El sexo es un hecho biológico que determina las características del ser macho y de ser hembra dentro del proceso de reproducción humana, es decir, no depende de la voluntad personal ni social. Estas características por su misma condición natural son permanentes pues están definidas anatómica y fisiológicamente en cada uno de los seres humanos y dependiendo si es varón o si es mujer, corresponden a cada uno características específicas.

A partir de los elementos biológicos que caracterizan y a la vez diferencian a la mujer y al hombre, a lo largo del tiempo, las sociedades se han encargado de asignarles a cada uno los roles y tareas que determinan y condicionan su intervención dentro de la sociedad en los ámbitos público y privado. De esta forma, se establecieron criterios para definir desde la infancia, como debía de ser socialmente una niña y como un niño. Estos criterios iban desde el aspecto físico (las niñas deben usar vestidos y los niños pantalones; los niños no deben usar cabello largo, etc.), hasta la forma en la que era (es) socialmente correcto comportarse (en los ambientes de juego con niños del sexo opuesto, así como en el ámbito familiar, escolar y, en general, social, con respecto a los adultos y la "autoridad"). De esta forma, podemos ver que la diferencia que se establece en el trato a hombres y mujeres, se lleva a cabo a través de atribuciones, ideas, representaciones y creencias sociales que se han ido construyendo tomando como referencia la diferencia biológica o sexual. Estos criterios, sin embargo, por el hecho de establecerse desde el aspecto sexual, dejan de lado las capacidades reales de cada persona independientemente de su condición biológica.

Es preciso mencionar que mientras el sexo es una condición dada por la naturaleza, la manera como se comportan las mujeres y los hombres, las actividades que socialmente a cada quien le corresponden, y los gustos que supuestamente deben tener forman parte de una cultura de género.

Esta cultura de género se aprende de la familia, del entorno social, de la escuela y de los medios de comunicación; desde donde se definen las oportunidades que cada quien deberá tener, del papel que ha de desempeñar y las responsabilidades que debe de asumir.

Por lo anterior se puede observar que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes, del mismo modo, la posición de las mujeres, sus actividades sus limitaciones y sus posibilidades varían de sociedad en sociedad. Si en un lugar determinado tejer es un trabajo de mujeres y si en otro es un trabajo exclusivo de hombres entonces, dicho quehacer no está determinado por lo biológico, sino por lo que socialmente se define como propio para ese sexo, es decir, para ese género.

Veamos a continuación algunos ejemplos que nos pueden ayudar a entender mejor esta diferencia entre sexo y género a partir de la identidad sexual:

Niñas con síndrome adrenogenital, es decir, niñas cuyos genitales externos se han masculinizado, aunque tienen un sexo genético (femenino), anatómico (vagina y clítoris) y hormonal femenino. Se les asignó a las niñas un papel masculino, cometiendo el error de etiquetar a una niña como niño, en donde los resultados fueron imposibles de corregir después de los primeros 3 años de edad. Además también se

observo que en niños genéticamente varones que al tener un defecto anatómico grave o haber sufrido de mutilación del pene son considerados como niñas, de manera que se les asignó esa identidad desde el inicio. Estos casos demostraron que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género de acuerdo al contexto y al entorno social en el que se desenvuelve cada persona.

De igual forma se muestra que la adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

A partir de estos estudios psicológicos, el concepto de género se convierte en una categoría en la que se articulan tres elementos básicos que son los siguientes:²⁰

a) *La asignación de género.*

Esta se realiza en el momento en que nace el bebé, a partir de la apariencia externa de sus genitales. El mecanismo sociocultural de asignación del género opera en el ritual del parto: al nacer la criatura, con la sola mirada de sus genitales, la partera o el partero, médico dice y nombra a la vez: es niña, o es niño. La palabra, el lenguaje, es la marca que significa el sexo e inaugura el género.

b) *La identidad de género:*

Se establece aproximadamente a la misma edad que el niño adquiere el lenguaje (que es entre los dos y tres años), anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos, el niño estructura su experiencia vital; el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones sentimientos o actitudes de niño o de niña, comportamiento, juegos, etc. Después de esta etapa es cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, es por ello usual ver a niños rechazar algún juguete por ser de género contrario o aceptar sin cuestionar ciertas tareas y responsabilidades porque son del propio género.

El papel de género.

El papel (rol) de género se forma con el conjunto de normas y reglas que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino, a partir de esto se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitivo en donde las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan, así lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino como lo público. Si bien las diferencias sexuales son la base y bajo la cual se asienta una determinada distribución de papales sociales, esta asignación no se desprende de la naturaleza biológica, sino que es un hecho social. Con esto no se pretende negar las diferencias biológicas indudables que hay entre mujeres y hombres, pero también hay que reconocer que lo que marca la diferencia fundamental entre los sexos es el género.

Estos elementos que dividen y distinguen lo masculino de lo femenino, en realidad jerarquizan lo masculino sobre lo femenino, por ello en muchas parte se suele valorar la fuerza sobre la debilidad y se considera que los varones son fuertes y las mujeres las débiles.

Es así como a los seres humanos se les marca con un género y éste a su vez marca la percepción de todo lo demás, es decir, lo social, lo político, lo religioso, todo como una lógica de dominación y poder ejercido sobre una persona con su consentimiento

²⁰ Lamas Martha, El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual, Ed. Porrua, 1996 pág. 20.

ya que el orden social masculino esta tan profundamente arraigado que no requiere justificación, se impone así mismo y es tomado como “natural” por esta razón es que se da un consentimiento de la violencia ya que las personas dominadas, por lo general las mujeres, tienen formas de actuar aceptando diferentes imposiciones, sin pensar que sólo es el resultado de estas relaciones de poder.²¹

Es importante señalar que esta perspectiva de género ha funcionado hasta ahora como componente fundamental de la sociedad ya que esta producción de formas aceptadas respecto al comportamiento de los hombres y las mujeres es una función más de la autoridad social y esta regulada por una amplio conjunto de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas. Por ejemplo, así como las instituciones económicas producen las formas de conciencia y de comportamiento que se asocian con la mentalidad de clase, las instituciones que se encargan de la reproducción, la sexualidad o género también funcionan de manera similar, esto significa que tanto la idea de género como de clase, se trazan para servir a una gran variedad de funciones políticas, económicas y sociales, además de buscar un orden jerárquico para una organización social que responda a los propósitos de un sistema.

Una vez referido todo lo anterior acerca del desarrollo de la perspectiva de género, se puede comprender porque las relaciones familiares están dadas asimétricamente donde las mujeres son subordinadas frente a su pareja principalmente pero también frente a sus padres, hermanos, etc. logrando reproducir con ayuda de los mismos miembros de la familia la perspectiva de género.

En este sentido, las relaciones de poder entre la pareja asumen diferentes posturas y las mujeres enfrentan diversas maneras de dominio masculino, una de estas se puede observar en el hecho de que son las mujeres quienes tienen que realizar las tareas domésticas al serles asignadas socialmente sin ningún reconocimiento, además de este ejemplo se pueden distinguir por lo menos tres ejemplos más de dichas relaciones: *la sumisión, la imposición y el cuestionamiento*²². El primer caso, se basa en el ejercicio de la autoridad masculina mediante la aceptación y obediencia por parte de la mujer quien considera que debe respetar a su pareja y pedir permiso. En estos casos las mujeres han internalizado las normas y valores que suponen la inferioridad de estas sobre los hombres. El segundo caso se refiere a situaciones en las cuales el dominio masculino se mantiene mediante el uso de los diferentes tipos de violencia; una vez más la condición de género que asumen las mujeres les hace vislumbrar el hecho como algo que deben aceptar. El tercer y último caso, que llega a darse con menor frecuencia indica formas de resistencia a la dominación y a la defensa de los derechos de la mujer, tratando con ello de cuestionar la imagen femenina de sumisión, ellas también deben realizar las tareas domésticas que les fueron asignadas socialmente sin recibir a cambio ningún reconocimiento.

²¹ Ídem pág.21

²² Giberti Eva/Fernández Ana María (compiladora) La mujer y la violencia invisible, Ed. Sudamericana, Argentina 1989 Pág. 191.

2.5.1 MITOS SOBRE LO MASCULINO Y LO FEMENINO

De acuerdo a lo que refiere el autor Daniel Cazés,²³ las tareas domésticas y otras similares impuestas como obligación a las mujeres nunca han carecido de importancia, pero siempre se han considerado secundarias. En la estructura milenaria de las relaciones sociales a la que llamamos patriarcado, la producción, la calle, el trabajo remunerado y la vida pública se reservan para los hombres; de la misma manera, la reproducción, el hogar, los cuidados personales, la vida privada, se asignan a las mujeres.

En torno a lo masculino prevalece el mito de que la producción, la fuerza, la inteligencia, la razón y la creatividad hacen trascendente sólo a lo masculino, y a los hombres superiores.

Sobre lo femenino, en cambio, se mantiene y alimenta la leyenda de la reproducción que convierte a lo femenino en intrascendente por considerarlo natural, instintivo e irracional, lo que define a las mujeres como inferiores.

Con ello nos referimos a todos los sistemas de creencias (tradicionales, religiosas y aún científicas), que devalúan y confieren poco o ningún prestigio (o incluso desprestigian) a lo femenino y a las mujeres.

Por milenios se ha hecho a los hombres especialistas de la construcción cultural, la ley, el gobierno, el poder, el dominio, la violencia y la civilización, y se les ha convertido en imagen de todo eso. En tanto, las mujeres han sido expropiadas de sus facultades y posibilidades de construir cultura y de intervenir también en los procesos civilizadores de la humanidad, y se les ha negado el reconocimiento de que lo hacen, ocultando el hecho en sí. De esta manera se adjudica a las mujeres la especialización reproductiva obligatoria, que convierte todo lo femenino en reproducción natural.

2.5.2 ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Debido a que en el cuerpo de las mujeres se realiza la parte más notable y prolongada de la reproducción biológica de los seres humanos porque así lo impone la naturaleza, se establece como norma de vida que la reproducción cotidiana de la vida humana es también imposición natural; es decir, que toda mujer es nacida para tener hijos.

Sobre esa base se construyen creencias como éstas:

- Todo lo que hacen las mujeres, incluso lo que se les exige hacer por costumbre o por leyes muy diferentes en cada sociedad, está regido por la naturaleza.
- Así fue siempre en todas partes y siempre tendrá que ser así.
- Siendo natural y eterno, lo que las mujeres están obligadas a aceptar y el valor que se les adjudica, es indiscutible y por eso nadie piensa en ello: ni siquiera se ve, porque lo natural, lo rutinario, lo inmutable, lo indiscutible, es invisible en la cotidianidad y en la historia.

²³ Cazés Daniel, Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles, Ed. CONAPO, México D.F. 1998, Pág. 14.

Debido a lo anterior, como todo lo natural (refiriéndose al deber ser de la mujer) es indiscutible, el trabajo de las mujeres, sus aspiraciones, deseos y muchas otras necesidades no fueron tomadas en cuenta podemos observar que el objetivo era que todas ellas asumieran el rol como una verdad eterna

En ese complejo e inconcluso proceso iniciado durante la prehistoria, las mujeres han sido relegadas a condiciones de dependencia, subordinación, exclusión y discriminación tanto en las costumbres cotidianas y en la creencia de su naturaleza inferior, como en las leyes y en la estructura de la organización social a la que llamamos Estado.

Cualquier ser y cualquier grupo social que se hallen ubicados en tales condiciones, son sujetos de opresión. Como en el caso de la opresión genérica, todas las opresiones suelen justificarse con discursos en los que se adjudica a los oprimidos ciertas características definidas como naturales e inferiores. Es el caso de los indios, los negros y los miembros de minorías nacionales, étnicas, religiosas, lingüísticas y de otros tipos en algunos países. Como las mujeres de los grupos oprimidos también viven la condición femenina, son sujetas a una doble opresión. Por ejemplo, la situación de las mujeres indígenas mexicanas que viven en Estados Unidos y documentadas o indocumentadas, trabajan a cambio de un salario: con su opresión genérica se conjugan, cuando menos, las opresiones étnica, nacional y económica que comparten con los hombres de su comunidad. Ellas son, pues, sujetas de una opresión múltiple en lo que se concretan su condición femenina y sus situaciones vitales cotidianas como mujeres.

2.5.3 LA TEORÍA DE GÉNERO

A fines de la década de 1960 ²⁴(primero en la psicología y luego en el conjunto de las ciencias sociales), se aceptó que el sexo es una referencia biológica sobre la que se construye la desigualdad social entre hombres y mujeres. Entonces resultó necesario recurrir al término género para designar todo aquello que es construido por las sociedades en su cultura para estructurar las relaciones entre hombres y mujeres. Pero casi en cuanto comenzó a circular, la palabra género pareció volverse sinónimo de mujer, de lo referente a las mujeres, de lo necesario para las mujeres.

Puesto que los primeros planteamientos de las demandas femeninas vinieron del feminismo, el término género se utilizó también para evadir la palabra feminismo que a algunas personas e instituciones les evocaba posturas demasiado radicales. Así, en los discursos administrativos gubernamentales e internacionales, comenzó a entenderse que cuando se habla de género se hace referencia a las mujeres y a algunas acciones tendientes a mejorar en algo las situaciones vividas por las mujeres.

Con las intervenciones intelectuales y políticas de las mujeres en estas últimas décadas, pronto quedó claro que en las disciplinas sociales se ha desarrollado la teoría de género en la que es necesario enmarcar perspectivas y enfoques, y no sólo mejorar situaciones satisfaciendo algunas necesidades básicas, sino transformar la condición que hace de las mujeres seres oprimidos, creando posibilidades de resolver necesidades estratégicas para transformar los fundamentos de las relaciones intergenéricas e intragenéricas (es decir, entre los hombres, entre las mujeres, y entre mujeres y hombres).

²⁴ Cazés Daniel, Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles, Ed. CONAPO, México D.F. 1998, Pág. 20-24.

Quienes han analizado con profundidad la estructura y la dinámica de las relaciones de género, saben que en ellas no están involucradas únicamente las mujeres, y quienes han escrito sobre la condición y las situaciones de vida de las mujeres se han ocupado en igual medida de la condición masculina y de las situaciones de vida de los hombres. Porque el género abarca todo lo referente a las relaciones sociales basadas en la diferencia sexual: relaciones de poder cuya característica esencial es el dominio masculino. Es claro que el género no nos enfrenta a una problemática exclusiva de las mujeres, y que no se trata solo de que alcancen mejores oportunidades, o de que se incorporen a ámbitos de la sociedad de los que han estado excluidas.

La teoría de género abarca a los planteamientos teóricos, metodológicos, filosóficos, éticos y políticos necesarios para comprender el complejo de relaciones de poder que determinan la desigualdad entre hombres y mujeres. El dominio que los primeros ejercen sobre las segundas, la condición de preponderancia paradigmática y a la vez enajenante de ellos, y la condición de subordinación, dependencia y discriminación en que viven ellas. Además esta teoría permite visualizar a las sociedades y a las culturas en su conjunto, y por lo tanto a todos los sujetos que intervenimos en sus procesos, mujeres y hombres. Es también el punto de partida para ubicarse en la perspectiva de género al emprender investigaciones y acciones de cambio, pues busca no solo entender el mundo de las relaciones de género, sino también proceder a transformarla.

2.5.4 EL SEXO Y EL GÉNERO.

El género es la categoría correspondiente al orden sociocultural establecido sobre la base de la sexualidad. La sexualidad a su vez es definida y significada históricamente por el orden genérico. Examinemos las siguientes afirmaciones²⁵:

Género: Es la construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos, contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir de la interpretación cultural valorativa de su sexo. Se trata de distinciones biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, afectivas, jurídicas, políticas y culturales impuestas.

Las teorías feministas: Sean psicoanalíticas, postmodernas, liberales o críticas, coinciden en el supuesto de que la constitución de diferencias de género es un proceso histórico y social, y en que el género no es hecho natural.

Diferencia sexual: No es hecho meramente anatómico, pues la construcción y la interpretación de la diferencia anatómica es ella misma un proceso histórico y social. Que el macho y la hembra de la especie humana difieren en su anatomía es cierto, pero también es importante hacer notar que dicha diferencia es construida y reforzada socialmente.

Identidad sexual: Es un aspecto de la identidad de género. El sexo y el género no se relacionan entre sí como lo hacen la naturaleza y la cultura, pues la sexualidad misma es una diferencia construida culturalmente.

²⁵ Cazés Daniel, Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles, Ed. CONAPO, México D.F. 1998, pág. 31-34

Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer: sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura, cobijados por tradiciones religiosas o filosóficas de su grupo familiar y su generación, hablantes de su idioma, ubicados en la nación en la clase en que han nacido o a las que han transitado, envueltos en la circunstancia y los procesos históricos de los momentos y de los lugares en que se desarrolla su vida.

La sexualidad, materia del género, es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por la diferencia sexual y el significado que a ella se le da. Sustituye a las personas y las asigna a grupos bio-psico-socio-culturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas que a su vez delimitan sus posibilidades y sus potencialidades vitales, o en otras palabras, la sexualidad concentrada en el género, define la vida, de principio a fin, de cada persona.

Las normas, las creencias, las costumbres, las acciones y las relaciones basadas en la sexualidad son a su vez espacio de construcción de poderes de desarrollo, de creación de oportunidades y de alternativas al orden imperante en cada círculo particular.

La posesión y el ejercicio diferenciados y desiguales de tales poderes se concretan en el sexismo, que da formas específicas a la imposición de exclusividades de género. Estas constituyen la base de las subordinaciones y discriminaciones entre los géneros siendo la relación entre lo opresivo y lo emancipatorio, donde las personas construyen su posibilidad de intervenir activamente en sus propias vidas y en la vida social.

2.6 DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ACUERDO A DIVERSOS AUTORES Y EL DSM-IV

Dentro de este apartado conoceremos la importancia con que define cada uno de los autores y las aportaciones que hacen al tema desde su perspectiva, con la finalidad de ampliar y sustentar nuestro conocimiento de tal manera que podremos obtener una visión clara de dicha enfermedad o padecimiento, observando su desarrollo en cada una de las características de como se manifiesta y los efectos que genera en las mujeres que llegan a presentarla.

De esta manera iniciaremos observando como para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) considera al **Trastorno depresivo mayor**, en cuanto a sus características de episodio.

Dentro del DSM-IV²⁶ la característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos.

Consta de un periodo al menos de dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño o de la actividad psicomotora, falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas: Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Por otro lado frecuentemente el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperado, desanimado o entre (como en un pozo). En algunos casos, la tristeza puede ser legada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse (pasotas), sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira, o insultando a los demás, o sentimientos exagerados de frustración por cosas sin importancia. En los niños y adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de (niño mimado) con irritabilidad ante las frustraciones.

Es importante mencionar que casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que “han perdido el interés” o de haber

²⁶ Pichot Pierre, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Masón, Págs. 326-333.

dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Frecuentemente los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol y encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer, para otros especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea) puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado.

En la alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio (p. ej., despertar durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento. Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos., aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no presentar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga. Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficiencia con que se realizan las tareas, por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse es agotador y de que tarde el doble de lo normal.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo un vendedor puede preocuparse y auto reprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el auto reproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluida dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque solo tengan problemas leves de concentración (p. ej., un programador de

ordenadores que ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo). En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia o (seudo demencia). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor suele ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

También son frecuentemente los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, por los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (uno o dos min.) y recurrentes una o dos veces a la semana. Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o en un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto. Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maniaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos una semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para poder descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro mnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maniacos o hipomaniacos. Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la graduación de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer). Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una

enfermedad médica. Por ejemplo, la pérdida de peso en una persona con colitis ulcerosa que tiene mucho peristaltismo y una ingesta alimentaria escasa no debe atribuirse a un episodio depresivo mayor. Por otro lado, cuando la tristeza, la culpabilidad, el insomnio o la pérdida de peso aparecen en una persona con un infarto de miocardio reciente, cada uno de estos síntomas se atribuye a un episodio depresivo mayor porque no son clara y completamente atribuibles a los efectos fisiológicos de un infarto de miocardio. Así mismo, cuando los síntomas son claramente debido a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (p. ej., una pérdida de 30 Kg. de peso relacionado con no comer por la idea delirante de que la comida está envenenada), estos síntomas no se atribuyen a un episodio depresivo mayor.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por el alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Así mismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo). Además si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos dos meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que están asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

A continuación se especifican los criterios del episodio depresivo mayor en donde se muestran el desarrollo de cada uno de los síntomas que pueden llegar a presentarse:

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
Nota: En los niños y adolescentes el estado ánimo puede ser irritable.
- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341 DSM-IV)
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido) los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Una vez presentado las características de la depresión, a continuación se refieren algunos aspectos acerca de este padecimiento en la mujer según el autor Emilce Dio Bleichmar²⁷.

Estudios epidemiológicos muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección, a estas cifras debemos sumar la sospecha que impera de que las mujeres que padecen estados depresivos leve o pasajera, -bajones- y que no consultan a los especialistas, son todavía más numerosas.

La depresión parece haberse convertido en enfermedad de nuestro tiempo, los hallazgos demuestran que lo que deprime a las mujeres son las consecuencias derivadas de la forma en que deben vivir su feminidad refiriéndose a su cuerpo o a su alma femenina. Las mujeres, en tanto colectivo poseen características que las definen, que tienen mucho más que ver con la forma en que han sido educadas a lo largo de la historia que con la naturaleza misma de su cuerpo, tanto la anatomía femenina como las actividades de reproducción "la maternidad" resulta necesario entenderlas constantemente mezcladas con la función y el valor de estas para cada grupo social.

El cuerpo femenino (su belleza, su juventud, su fertilidad, su capacidad para generar deseo) ha sido y continúa siendo para la gran parte de los hombres y mujeres de nuestro planeta, la mayor virtud y el máximo poder femenino. No es raro entonces que las mujeres se depriman cuando sienten amenazado o temen perder el manantial de sus dones, y que la depresión tenga que ver con las actividades de su carrera como mujer: menarquía, embarazo, climaterio, vejez.

Lo que resulta más sorprendente es que muchas mujeres se deprimen por las consecuencias que les acarrea ser muy femeninas entendiendo por esto el estereotipo, lo que actualmente tiende a denominarse una mujer tradicional. Muchas otras, en cambio, se deprimen como consecuencia de una suerte de oposición a tal modelo, y otras, porque no terminan de encontrar uno que les guste. Las mujeres no están conformes con lo que son, esto es lo que ha sostenido gran parte del quehacer

²⁷ Dio Bleichmar, Emilce, La depresión en la Mujer, Ediciones temas de hoy Madrid 1991, pág. 12-23.

psiquiátrico y psicoanalítico sobre el carácter neurótico de las mujeres, pero lo que en forma creciente, especialmente debido a las investigaciones femeninas se comienza a comprender que el malestar femenino puede modificarse si se deja de considerar una enfermedad que hay que curar, y en cambio, se reconoce el legítimo reclamo que encierra. Desde el momento en que disponen de tiempo y herramientas conceptuales para observarse, se ponen de relieve aspectos acerca de cómo son y como sufren, así como las razones y causas que determinan gran parte de estos sufrimientos.

Probablemente se encontrarán con muchos aspectos contradictorios de su persona, gran parte de ellos responsables de las tendencias depresivas. Un primer paso para luchar contra el temible fantasma es aprender a reconocer y a tolerar a “la otra” que hay dentro de cada una de ellas. Cuando se dan cuenta que son “muchas otras”, ese trabajo individual y a solas de entrar en contacto con la desconocida que llevan dentro les puede servir de mucho. Siempre “la otra” a sido la enemiga, la rival, la “puta que me lo quitó”, la “gentuza”, pocas veces una semejante. A las mujeres les sucede lo mismo que a todos los grupos sociales subordinados: no cuentan con un fuerte espíritu que los cohesione. Esto tiene que adquirirse mediante la reflexión de que la depresión es para las mujeres como la fiebre para el cuerpo: cualquier desequilibrio la desencadena.

Por otro lado la importancia crucial que adquieren las relaciones humanas, los vínculos de gran intimidad y permanencia en el tiempo, en la organización de la identidad femenina. Por ello, se da un sentimiento de fracaso como seres humanos ante las rupturas amorosas o pérdidas de seres queridos. A esto se añaden las condiciones sociales adversas que encuentran las mujeres para la sustitución de relaciones frustradas.

Así también, dado que la feminidad ha sido cultivada para hacer del cuerpo del recién nacido un ser humano contento de estar vivo y con ganas de conquistar al mundo, esta responsabilidad femenina en el alivio del malestar y dolor ajenos de niños y hombres, ha dejado a las mujeres mal provistas para proporcionarse a ellas mismas condiciones de goce y placer. Es impensable un hombre separado o viudo en abstinencia sexual prolongada, salvo que esté severamente perturbado; en cambio, las mujeres solas en “paro sexual obligado”, siguen siendo numerosas a pesar de la liberación de las costumbres. La feminidad, en tanto conjunto de ideales y modelos que cada mujer recibe y que luego reproduce, se opone al desarrollo de ambiciones, actividades e intereses (que son una fuente muy importante de satisfacciones, de orgullo, de poder) en áreas importantes como la política, la ciencia y las artes; en una palabra, el mundo entero. Estas áreas no se hallan tan vinculadas al cuerpo de la mujer y, por tanto, no son de vida tan efímera como los reducidos intereses y actividades tradicionalmente femeninos. Si bien, pareciera que las mujeres una vez más están en desventaja, pero lo importante es observar que la feminidad está dotada de enormes recursos para hacer frente a la depresión ya que las mujeres tienen la capacidad de realizar los mayores esfuerzos físicos y psicológicos de actos valerosos y heroicos, de vencer miedos e inhibiciones siempre que se trate del cuidado, atención o defensa, en primer lugar y sobre todo, de los hijos; pero raramente son capaces de utilizar o poner esos mismos recursos y habilidades al servicio de ellas mismas.

La importancia de lo referido anteriormente es contribuir a la modificación de esta tendencia: ***que la responsabilidad en el cuidado de los otros no se platee en oposición a un esmerado autocuidado y respeto por ellas mismas.***

Necesitan disciplinar la mente para escuchar los pensamientos; saber claramente como piensa. Las mujeres han crecido y las han hecho creer que lo que predomina en ellas son los sentimientos, los afectos, lo emocional. Los tratados de psicología

describen la masculinidad como un conjunto de atributos instrumentales y la feminidad por sus cualidades emocionales. “La mujer naturaleza”, “la mujer cuerpo” o “la mujer pasión” constituyen figuras de la mitología sobre la feminidad. Pero cuantos más humanos somos los humanos más sentimos de acuerdo a lo que pensamos, y para sentir tenemos que otorgarle algún significado a los sentidos. Las mujeres piensan que los sentimientos son centrales en sus vidas y, por tanto, sienten mucho y se definen y “son definidas”, como seres “emocionales”.

Se deben modificar las creencias para darse cuenta de que gran parte de sus inseguridades, inhibiciones, deficiencias y faltas son causadas por ideas que operan desde el interior de las mentes con el carácter del interior de verdaderos dogmas que les indican “conciente o inconcientemente” cómo “debe ser una mujer”. Ideas que provienen de la cultura y de la familia, ideas que han sido pensadas cuidando con esmero los intereses de la mujer.

En este fin del milenio se dan todas las condiciones históricas para hacer posible una inversión en la dirección de la tendencia que gobierna el modelo de feminidad del cuidado al autocuidado. Y si para cualquier cambio es imprescindible un respaldo social, un reconocimiento colectivo, un no estar sola, las mujeres no estarán solas cuando vean a “las otras” como a sus semejantes. Entonces podrán sentirse respaldadas, apoyadas y fortalecidas.

Si bien la identidad femenina “nicho ecológico privilegiado para el surgimiento de la depresión” es el resultado de una historia humana de siglos y el producto de la familia que nos tocó en suerte, el cambio y el rescate del negro agujero de la depresión es tanto una tarea como una responsabilidad que se debe asumir, en conjunto y de esta manera poder contribuir a invertir la tendencia, en colaboración con el otro sexo para que deje de ser del sexo opuesto y se unan esfuerzos basados en la perspectiva de género.

2.6.1 PERSPECTIVAS DE SALUD-ENFERMEDAD MENTAL EN LAS MUJERES

El propósito del siguiente tema es explicar como se ha considerado la salud-enfermedad mental de las mujeres así como las posibles causas y desarrollo del mismo.

Partiendo de la necesidad de diferenciar entre el concepto de sufrimiento y enfermedad se retoma el Seminario Internacional sobre Malestar Psíquico de las Mujeres²⁸ en donde señala que el sufrimiento se entiende como “el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión”. La enfermedad es entendida como “pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas”. En cambio, el sufrimiento femenino se describe como “una situación de subordinación social propia de las mujeres”. Es así como se ha otorgado al malestar femenino un sentido privilegiado al ser considerado en el campo de la sicopatología; no obstante fue incluido únicamente dentro de las enfermedades de histerias, fobias, depresiones, según la caracterización psicopatológica tradicional. Esto quiere decir que no se consideró el maltrato que recibían las mujeres como causa de un malestar que las pudiera llevar a una enfermedad mental y con ello no buscaban proporcionar una atención especializada.

Lo anterior se encuentra ligado al significado que nuestra cultura ha producido acerca de la salud y la enfermedad mental de las mujeres así como los medios utilizados para hacer circular tales representaciones en la cultura. De igual forma es importante conocer las prácticas sociales para comprender cómo se han implementado las ideas acerca de la salud y la enfermedad mental. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, el

²⁸ Dio Bleichmar, Emilce, El feminismo espontáneo de la histeria, México Fontamara, 1989. Pág. 35-63.

universo simbólico que las representa en tanto madres, y que supone una identificación mujer = madre como responsables de su salud mental, se ha valido de diversas prácticas sociales para lograrlo: educativas, asistenciales, y las relativas a la maternidad, etc. En todas ellas, los discursos dominantes han intentado establecer un modelo de mujer-madre que aprueba la idea en la cual la mujer al ser la única que puede dar vida es también la responsable de guiar, proteger educar y evitar los conflictos. Lo anterior puede llevar a las mujeres a presentar una personalidad vulnerable y reprimida con lo cual llega a desarrollar diversas enfermedades al no considerar importante una atención por cumplir con los lineamientos sociales.

En este sentido las mujeres profesionales y técnicas del campo de la salud mental han llevado a cabo diversos cambios en cuanto a la salud mental al referir que no habría de limitarse a un mero fenómeno discursivo, sino también a la producción de transformaciones en las prácticas con mujeres, como consecuencia de los cambios operados en la comprensión sobre el padecimiento psíquico femenino. También se debe intentar una transformación en la participación social, en la producción de representaciones sociales diferentes acerca de la noción salud-enfermedad mental de las mujeres. Es así como se realizan esfuerzos por reconceptualizar el malestar de las mujeres dentro de lo que son condiciones opresivas que nuestra cultura depara al género femenino. Dentro de esta reformulación de la problemática de salud-enfermedad mental de mujeres, se consideran también los modos de resistencia que las mismas mujeres ofrecen a tales condiciones opresivas. Muchos de los trastornos de salud mental femeninos tradicionales podrían ser comprendidos desde la perspectiva de la resistencia que oponen las mujeres, por ejemplo, en el caso de las tradicionales "histerias" (el cual es un etiquetamiento muy cuestionable), se trataría de un modo de resistencia a las condiciones de opresión que reciben.

Para poder ampliar la explicación de lo anterior se retoma el concepto de *dispositivo de poder*, (el cual surge en un momento histórico dado para responder a una urgencia, como lo fue el manicomio, en donde trataban de justificar o enmascarar una práctica inhumana). El concepto tiene una función estratégica que busca dominar y controlar (por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que una sociedad con economía de tipo esencialmente mercantilista hallaría embarazosa). Este concepto se adecua notablemente a la reflexión acerca de la producción de subjetividades enfermizas en las mujeres, según la clásica caracterización de histerias, fobias y depresiones. Se trata de la producción de subjetividades enfermizas femeninas que garanticen las condiciones en las cuales puedan operar los *dispositivos de poder* para controlarlos.

Además es importante establecer la diferencia malestar-enfermedad no solo a partir de considerar al malestar como un hecho social, buscándole orígenes en las leyes culturales que imponen condiciones de vida opresivas a las mujeres. También se debe considerar la diferencia malestar-enfermedad en cuanto al aspecto social de sus consecuencias. Según el lugar social que cada grupo otorgue a sus enfermos, así será el destino social de las enfermedades mentales femeninas, o bien, el malestar de las mujeres. En este sentido, se sabe que una representación social dominante en la cultura mexicana es que las mujeres son saludables psíquicamente en tanto puedan producir y regular los afectos en el seno de las familias. Consideramos que, como efecto de tal representación social, la construcción social de la enfermedad mental de las mujeres señalará como enfermas a aquellas que sean incapaces de producir y regular la vida afectiva de su grupo íntimo familiar.

Ahora bien la construcción de la noción de malestar psíquico en las mujeres viene a romper esta dualidad salud-enfermedad, introduciendo un tercer término, que no participa de las características de uno u otro. Se trata de un elemento transicional, a

medias subjetiva y objetiva, externa e interna a la vez, que participa de una lógica paradójica al no revalidar la clásica diferencia sujeto-objeto, externo-interno, sano-enfermo, normal-patológico. Se trata de una noción que remitiría a la fase presimbólica del lenguaje o, como lo propone J. Kristeva, a la “función semiótica” del lenguaje femenino. Estas categorías analizadas no son asunto exclusivo del sujeto que las padece. Dichos procesos (salud, enfermedad, malestar) son objeto de debate público. Sus problemáticas de salud mental pasan a ser no solo un derecho que se intenta conquistar, sino también un deber social ante el cual responder. Esta cualidad de obligación para con su salud mental es un concepto novedoso en la construcción de sentidos que realizan las mujeres respecto de su malestar: apuntan la preservación de su salud mental y/o la prevención de condiciones enfermizas mediante los autocuidados y los cuidados colectivos, generados grupalmente. Dado que este es un procedimiento nuevo en el campo de la salud mental de las mujeres, se considera importante estar atentos al mismo, ya que constituye un recurso innovador en la gestión del malestar femenino.

Hay quienes consideran que la salud mental consiste en una adaptación a los requerimientos de la cultura, y definen la salud mental como normatización. Aquí se pone en suspenso la clásica noción de salud y enfermedad mental para las mujeres, a la vez que proponemos un concepto intermedio, el de malestar, y nuevos recursos para analizar las condiciones que producen y/o preservan la salud mental de las mujeres. En lugar de un criterio adaptativo, se propone un criterio de crítica y debate ante las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres sobre su salud mental, para el cual la noción de conflicto y de crisis es central.

Una noción asociada a la del conflicto y crisis es la de maternidad como garantía de la salud mental de las mujeres. Los deseos maternales han sido propiciados de manera relevante, en la cultura patriarcal, para nominar a las mujeres en tanto sujetos. En las situaciones de crisis vitales, también se cuestionan estos deseos que son sometidos a rigurosos análisis para permitir su transformación en otros deseos, más allá del deseo maternal, (tal como los mencionados deseos de saber y de poder), en tanto se produce una ampliación de la subjetividad femenina, también se producen mejores condiciones para la salud mental de las mujeres.

En un estudio realizado por las sociólogas C. Herzlich y J. Pierret²⁹ (mencionadas en el libro abajo citado) muestran claramente que el lenguaje que utilizan las mujeres para referirse a la salud y enfermedad que experimentan no es un lenguaje del cuerpo, de lo orgánico, sino un lenguaje de la relación del individuo con la sociedad, en donde han podido mostrar que la actividad o la inactividad, la participación social o la exclusión son las bases constantemente utilizadas para definir la enfermedad o el bienestar. El énfasis está puesto en el maltrato que reciben las mujeres, ya que no les ayuda en nada que un médico enumere los síntomas que presentan, sino que, por el contrario, son los síntomas, o más aún siguiendo la idea que se propone, el malestar adquiere importancia en la medida en que se reproduce una modificación en la vida de la gente y de su noción como sujeto.

Por lo anterior se considera trascendente que para el entendimiento de la salud mental en las mujeres y su respuesta a la atención profesional que requieren debe de considerarse su implicación social y el estilo de vida dentro de su relación de pareja y núcleo familiar.

²⁹ Dio Bleichmar, Emilce, El feminismo espontáneo de la histeria, México:Fontamara, 1989. Pág. 42.

2.7 SÍNDROMES QUE PRESENTAN LAS MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA FAMILIAR

Las mujeres que reciben un maltrato prolongado por sus parejas dentro o fuera de su hogar presentan un sin fin de consecuencias en su salud física y mental, lo cual las hace sentirse dependientes, manipulables, con dificultad para tomar decisiones, debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, que en ocasiones las lleva a pensar en el suicidio o el homicidio. Para comprender aún más sobre la problemática es necesario mencionar la siguiente clasificación realizada por FERREIRA (1995)³⁰ en donde aporta varios elementos importantes que describen la amplia gama de afecciones que padecen las mujeres que viven bajo esta situación de desgaste, que implica para la salud pérdidas económicas por sus padecimientos y el tiempo posterior que requerirán para recuperarse. Además es necesario considerar que estos síndromes pueden manifestarse de forma conjunta. Muchos de ellos corresponden a clasificaciones dentro del DSM-IV, pero la importancia de agregarlos aquí, es que resume en unas pocas líneas, los cuadros de síntomas mentales que pudiesen llegar a encontrarse.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA:

Tiene su origen en un desequilibrio emocional que produce agotamiento e insatisfacción. Se presenta ansiedad, olvidos, disminución de la concentración y la memoria, falta de voluntad, etc., es decir, un cuadro de debilidad física y mental generalizada.

DESORIENTACIÓN:

Se presenta de manera inmediata al episodio violento, o bien, se convierte en una condición más o menos permanente y consiste en la desubicación espacio temporal.

LETARGIA:

Es la necesidad imperiosa de dormir acompañada por somnolencia constante, sensaciones disminuidas, resultado de la vivencia de la violencia y la tensión que ésta ocasiona.

RUMIA MENTAL:

Éste fenómeno aparece cuando la mujer no puede dejar de pensar en los episodios violentos, busca sus defectos y fallas de manera constante con ideas sobre destrucción y sometimiento. Siente deseos de matar y morirse y esta situación la sume aun más en el agotamiento.

CULPA:

La mujer que sufre violencia conyugal tiende a culpase constantemente por lo que sucede, su auto imagen debilitada hace que esta situación se convierta en un círculo vicioso. En un intento de dar sentido a lo que le está sucediendo, asume la responsabilidad por la conducta violenta de su pareja, pero el precio es un autoreproche constante, lo cual es una "fallida función adaptativa".

³⁰ Banda Bustamante Norma Bertha, Nosotras en la violencia familiar APIS, Fundación para la Equidad, A.C., México 2002, Pág. 23-27.

DISTORSIÓN DE LA PERCEPCIÓN:

Las mujeres que sufren maltrato ponen en marcha una serie de mecanismos que se dirigen a intentar una deformación de los hechos, de la experiencia, en aras de la supervivencia frente a una situación inexplicable. La negación de que se vive en una situación de alto riesgo, la disociación, la inconsciencia de sus emociones, la racionalización como un intento de generar razones a la vivencia violenta emplean gran parte de sus energías y la dejan con pocas posibilidades de resolver el maltrato, por el contrario, las vuelven cada vez más vulnerables dificultando el rompimiento del círculo de la violencia.

CREENCIA MÁGICA:

Se refiere a la idea que la mujer violenta sostiene dentro de sí misma acerca de la resolución mágica de la situación. Es frecuente escuchar que el marido va a cambiar, que ella volverá a vivir tranquila y sin sobresaltos y que todo regresará a la armonía que nunca existió. La mujer vive permanentemente buscando signos de parte de su pareja que le confirmen que finalmente él está cambiando, en esto agota parte de su energía, que no puede canalizar para lograr cambiar ella misma.

VIVENCIA DE CATÁSTROFE:

Consiste en una reacción emocional de pánico que lleva a la mujer a la parálisis. Puede darse cuenta que vive en peligro, pero no puede implementar estrategias para defenderse. Se caracteriza por un estado mental de confusión, como de estar viviendo una pesadilla, con frecuencia se acompañan con episodios de llanto y suplicas, que más tarde desembocan en una actitud depresiva y de autoreproche.

SÍNDROME DE ESTOCOLMO:

Consiste en una actitud de simpatía e identificación con el agresor, en una situación de violencia extrema genera conductas de adhesión y justificaciones a las acciones del atacante, como resultado de la desesperación.

RESISTENCIA SILENCIOSA:

La mujer no da señales de rebeldía, por el contrario, trata de pasar desapercibida poniéndose fuera del alcance de la pareja violenta, evita hablar con él, cuida las palabras y el tono con el que se dirige a él, realiza sus tareas de tal manera que nada le moleste a él, sigue sus órdenes y señalamientos para no provocar un nuevo estallido de violencia, que finalmente no logra posponer.

SÍNDROME DEL “DEJARSE MORIR”:

Las fuerzas vitales de la mujer que vive violencia conyugal se agotan poco a poco, llegando en un estado en el que es frecuente que las fantasías de suicidio aparezcan. Desea que la pareja la mate de una vez por todas o bien, dormir y no despertar más. Realiza sus actividades de manera automática, con grave riesgo de sufrir un accidente.

SÍNDROME DE INDEFENSIÓN APRENDIDA:

Consecuencia de vivir en una situación impredecible, como es la violencia conyugal, la mujer desarrolla un sentimiento básico de desvalimiento y desamparo. Pierde la confianza en su capacidad de comprender lo que le pasa y encontrar una salida, es

más, ni siquiera vislumbra la existencia de salida a su situación. Junto con esto aparece una actitud pasiva, consecuencia de su percepción de que nada puede hacer para modificar su situación. Aumenta la ansiedad y la depresión. Desde el exterior se observa fatiga, desinterés, falta de afectos, apatía, sometimiento y desorientación.

SÍNDROME DEL ESCLAVO:

Surge de la relación de poder asimétrica que mantiene la mujer y su pareja, en el que él abusa de manera intermitente intercalando momentos de recompensa o reconciliación. Esto genera una relación de dependencia que acontece en una visión magnificada del hombre violento, en tanto que el valor de la mujer ante sus propios ojos disminuye. La mujer necesita cada vez más de su “poderosa” pareja y establece al mismo tiempo un fuerte vínculo afectivo con él. Después de cada episodio violento, al presentarse un momento de tranquilidad, la mujer cree que por fin la pareja ha decidido cambiar y decide perdonarlo, de tal manera que termina por aferrarse a los momentos de calma y tranquilidad, cada vez más escasos, que le dan cierto alivio para seguir adelante en la relación violenta.

En estas condiciones los indicadores de peligro para una mujer van disminuyendo, ya que su tolerancia y percepción de sí misma se encuentran en tal deterioro que el aumento en la intensidad y frecuencia de los hechos violentos no se registran en su real magnitud. Además de que un hombre violento no permanece inalterablemente como malo, lo que le permite a la mujer maltratada basar su esperanza en una posible recuperación. El mismo desgaste, la cultura y la desconfianza de las propias capacidades, hacen que las mujeres supongan que al trabajar con eso que anda mal en ellas podrá transformar su situación de pareja, también que con algunas estrategias que ellas movilicen influirán para cambiar al otro y otras llegan a pensar que deben desarrollar alguna actitud que les permita no sentirse tan afectadas por los actos violentos, cuando reflexionan estas ideas y saben que no es posible, plantean la pregunta de ¿cómo pueden saber si su pareja tiene posibilidades de cambiar?, la única respuesta posible es, cuando él asuma su responsabilidad y su propio malestar que su conducta le causa, reconocerse como un hombre muy violento y que se disponga a trabajar para su violencia.

Al restablecerse la esperanza se restablece la posibilidad del vínculo, pero esto tiene el efecto paradójico de que mientras más omnipotente la pareja violenta, más indefensa y necesitada se ve a sí misma la mujer lo cual perpetúa el estado de las cosas.

Es preciso considerar que algunos factores situacionales, vinculares, la propia personalidad y el estado físico de quien vive bajo estas condiciones, serán factores que influirán en las posibilidades de búsqueda de alternativas y el tiempo en que se permanezca en ellas.

Considerando la prevalencia del abuso doméstico y la naturaleza de sus efectos sobre la salud de las mujeres y la salud de la sociedad en su conjunto, es pertinente afirmar que la victimización representa un desgaste significativo de los recursos disponibles para la salud al desviarlos hacia el tratamiento de una enfermedad social que, mayormente, puede prevenirse.

Por lo antes referido debemos observar como cada uno de los síndromes presentan las características esenciales que las distinguen de los demás, y que el profesional en salud mental al trabajar con personas de este perfil pueda reconocer el cuadro clínico que muestran al acudir a la UAPVIF y así poder ofrecer el tratamiento adecuado.

2.8 MODELO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA UAPVIF XOCHIMILCO D.F

La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar establece que debido a que la violencia familiar es un fenómeno complejo compuesto por infinidad de factores que van desde aspectos psicológicos hasta macrosociales, el modelo de intervención global para las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAPVIF) pretende incidir en tres aspectos fundamentales: jurídico, social y psicológico. Busca también comprender con una perspectiva de género tanto el fenómeno, como las acciones tendientes a eliminarlo y prevenirlo.

La consolidación del modelo para el área psicosocial ha seguido un proceso que articula los elementos prácticos y teóricos que han ido probando su pertinencia para dar respuesta al problema de la violencia familiar en el marco de la LAPVF.

En este sentido, las discusiones continuas con l@s profesionistas del área han permitido formular una serie de principios y estrategias básicas cuyo principal objetivo está centrado en apoyar los procedimientos jurídicos que guían el trabajo de la Unidad. Es por ello que se considera importante utilizar el Modelo de Atención Psicológica.³¹

Es necesario también observar la importancia que tiene **romper el silencio**, lo cual significa romper paradigmas, traspasar el miedo al cambio, desmitificar, deslegitimar el uso y abuso de la violencia en cualquiera de sus formas, significa dar voz a uno o varios sentimientos, pensamientos y/o vivencias por medio de las palabras. Romper el silencio significa querer ver y querer cambiar la manera de relacionarse en pro de ser una persona capaz de establecer relaciones equitativas, relaciones que se basen en una cultura que fomente el crecimiento, la paz, el respeto, la tolerancia y los derechos humanos.

Por otro lado, el **tronco común del trabajo clínico y social** se ha ubicado en torno a una concepción sistémica con perspectiva de género. Esto significa que para la interpretación del fenómeno de la violencia familiar se toman en cuenta distintos niveles que van de lo individual a lo social considerando que todos ellos están permeados por el poder diferencial otorgado a hombres y mujeres, a partir de la construcción social de la realidad. Este trabajo clínico, permite ver a las personas como entes biopsicosociales, con amplio potencia para el empoderamiento a aquellas personas que sufren violencia y la reeducación para aquellas que la ejercen.

Lo anterior está inscrito en las disposiciones de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal, la cual establece que “la atención a quienes incurran en actos de violencia familiar, se basará en modelos psicoterapéuticos reeducativos tendientes a disminuir y, de ser posible, erradicar las conductas de violencia que hayan sido empleadas y evaluadas con anterioridad a su aplicación” (art. 10 LAPVF).

Según lo establece la frac. V. Del art. 12 del mismo ordenamiento, las Unidades de Atención a la Violencia Familiar “están encargadas de proporcionar psicoterapia especializada gratuita, en coordinación con las instituciones autorizadas para atender

³¹ Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, Febrero 2004.

a l@s receptor@s de violencia familiar , así como a l@s generador@s dentro de una atención psicológica y jurídica”

En casos de maltrato infantil, podrá proporcionarse una psicoterapia de familia a juicio del psicoterapeuta, siempre y cuando no provoque confrontación entre las o los receptores y generadores de la violencia familiar (reglamento art. 16).

El trabajo clínico debe contar con una atención cuyo enfoque general sea sistémico, así como técnicas flexibles derivadas de diversas corrientes filosóficas y psicológicas tanto en el trabajo individual como grupal ya que la violencia tiene numerosas causas y su dinámica es producto de un conjunto de múltiples factores que se interrelacionan y refuerzan mutuamente.

El enfoque sistémico:

La Teoría General de los Sistemas es una metateoría tal como lo describió Von Bertalanfy, es fundamentalmente un nuevo paradigma. Es, además un lente entre otros a través del cual la familia aparece como una totalidad inserta en un sistema mayor, el contexto social en donde se localiza el origen principal de la violencia familiar, por ello se infiere que es en el mismo contexto de las relaciones sociales-familiares que los actores pueden encontrar mejores maneras de relacionarse, que les permitan crecer y autoafirmarse sin someter a otros. Así mismo en la Teoría sistémica es fundamental el concepto de jerarquía, aunque la circularidad esté siempre presente. La idea de jerarquía es indispensable para distinguir el peso diferente entre la responsabilidad del abusador y del abusado. Lo cual se puede deber al desequilibrio existente en el poder.

El enfoque sistémico resulta abarcativo, multiplicador y preventivo en la medida que permite observar a todo un sistema a la vez y de ser necesario apunta a la reconstrucción y participación de las redes sociales que son las que pueden consolidar los cambios favorables de los sistemas familiares.

Se considera que la institución familiar es depositaria de la violencia en sus múltiples formas, la vive la reproduce la genera la sufre, la familia como sistema es capaz de encontrar nuevos y distintos cauces a sus dificultades que permitan desarrollarse a cada uno de sus miembros de manera más sana. Si bien es cierto que las UAPVIF no se brindan terapia familiar, es indispensable poder contar con una visión sistémica del entorno de l@s usuari@s.

Una intervención sistémica atiende a las consecuencias transaccionales, especialmente a los circuitos retroalimentados que aparecen como “causa” inmediata de las escalas de violencia, así como el proceso relacional entre la pareja, la familia extensa y otros servidores sociales que constituyen el sistema que mantiene al problema. Sin embargo, aunque la Teoría Sistémica enfatice una multicausalidad interaccional, no debe perderse de vista la existencia de jerarquías así como las diferencias sociales basadas en el poder; esto significa que no solo los elementos de un sistema tienen la misma responsabilidad en las interacciones violentas.

Construccionismo social.

El construccionismo social considera que en las actividades y en las interrelaciones se construyen los mundos. Estos no están “dados” universalmente. Cuestiona ideas básicas sobre quienes somos, ya que no existe un “self verdadero” o que permanezca inmutable; las acciones tienen significado solo en relación con un contexto. Este

paradigma se opone también a una postura funcionalista que sostiene una causalidad lineal, así como la existencia de una normatividad con características de universalidad.

En el trabajo con grupos vulnerables se ha comprendido la importancia de esta distinción construccionista, que respeta las muchas maneras de organización familiar, con sus propios parámetros de salud, frente a una visión funcionalista que considera que hay una sola forma de ser familia “sana” (funcional). En realidad se pueden considerar diferentes tipos de familias: uniparentales, reconstruidas, extensas, entre otras.

De ahí la insistencia en comprender siempre el contexto de las familias, de donde emanan particulares significados de sus relaciones. Así mismo, se ha hecho patente la necesidad de trabajar no solamente con el sistema familiar, sino también considerar el ecosistema en su conjunto, ya que el problema de la violencia está enlazado con sistemas más amplios y complejos como son el contexto social y político, económico, cultural e ideológico.

El modelo narrativo, respaldado en parte por el socioconstruccionismo, toma en consideración la manera en como las personas y las familias viven y cuentan sus historias y sus problemas bajo la premisa de que es en la construcción de esas narrativas donde se generan las patologías y/o malestares, a partir de ciertas ideologías dominantes. De ahí que, si se considera la ideología del patriarcado como el contexto en el cual se genera la violencia masculina, se pueden investigar varios conceptos interrelacionados, incluso la idea de que las mujeres son propiedad de los hombres, y partiendo de ahí la idea de que los hombres pueden hacer lo que desean con sus propiedades. A partir de estas indagaciones de las ideas que cada integrante de una familia tiene sobre la agresión masculina en general, y sus ideas sobre porque ocurrieron los episodios de violencia entre ellos, se pueden empezar a reconstruir dichas ideas en que se arraiga la violencia. Se trata de enfrentar una nueva versión, señalando la ideología patriarcal como el contexto en el que se da la violencia masculina contra la mujer, los miembros de una familia pueden optar por dejarse llevar por estas ideas empobrecedoras o bien decidir crear deliberadamente una relación que sea visible para todos. Este modelo narrativo Michael White³² permite deconstruir la historia de la violencia victimización para construir una historia alternativa basada en las fortalezas y en los modelos pacíficos de relación, además es importante que el terapeuta logre deconstruir “verdades” negativas de la identidad de las personas que viven esas verdades como sustitutivas de sus ser y no les deja ver otras áreas de su vida por definición. Así también se debe introducir preguntas por el lado en donde la usuaria o el usuario pueda encontrar sus recursos para resolver su problemática.

La Psicoterapia narrativa cambia los significados que le damos a la historia y no a la historia misma, es decir, resignificar a través de las miradas de los otros (porque amplía visiones, da historias alternativas que hacen sentido y revelan algo).

La construcción del género.

Si bien este elemento ya fue referido anteriormente, se retoma en este subcapítulo debido a que es parte del tronco común de la atención clínica del modelo de atención Psicológica.

³² White Michael, Guías para una terapia familiar sistémica, Ed. Gedisa, Barcelona, España, 1994, Pág.19

TRABAJO CLÍNICO EN LAS UAPVIF

Con base a los perfiles tanto de la receptora como del generador de violencia familiar, se utilizaron técnicas de manera ecléctica de gran riqueza y efectividad en el tratamiento psicoterapéutico de los y las usuarias.

Obedeciendo a la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar (LAPUVF), se homologará el criterio y incluirán técnicas de la psicoterapia narrativa, provenientes del enfoque sistémico.

A continuación se incluye de manera sistematizada y resumida la experiencia de las UAPVIF bajo la perspectiva sistémica, construccionista y de género

NIVELES DE EXPLICACIÓN	ANÁLISIS
Sociología del conocimiento	Construcción social de la realidad
Etiología del problema	Construcción de género que atribuye poder diferencial a hombres y mujeres.
Marco clínico de referencia	Marco sistémico
Formato de la terapia	Terapia breve y de emergencia
Eje central de la intervenciones	Reeducar, deconstruir y reconstruir patrones de identidad genérica.

ETAPAS DE TRABAJO CLINICO EN UAPVIF

➤ **Recepción individual.**

- Consiste en un proceso de intervención en crisis y/o entrevista individual.
- Nunca es mayor de cinco sesiones.
- Se lleva a cabo una evaluación psicoemocional.

➤ **Determinación de la modalidad de intervención.**

- En el caso de que el o la usuaria reúna los requisitos psicoemocionales para su atención se determina el seguimiento (tratamiento) individual o grupal.

➤ **Seguimiento (tratamiento) individual.**

- Se da solo en casos excepcionales
- Se sigue un formato de terapia breve por un periodo no mayor a las 12 sesiones.

➤ **Seguimiento (tratamiento) grupal.**

- Existen grupos tanto para generadores como para receptores de violencia.
- Se sigue un formato de terapia breve en donde el proceso durara de 12a 16 sesiones.
- Se grupos estan definidos como semi-estructuirados y semi-abioertos con la finalidad de captar a un número significativo de usuarios/as.

➤ **Evaluación.**

- Al finalizar cualquiera de las dos modalidades de tratamiento, se evalúa con l@s usuari@s la evolución de su problemática y los recursos para hacerle frente.

➤ **Seguimiento.**

- Trabajo Social debe llevar a cabo un seguimiento para corroborar la recurrencia del problema o bien su virtual erradicación.

PERFIL PSICOLÓGICO DE LOS HOMBRES VIOLENTOS.

Las formas violentas de interacción son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos. Por un lado, la identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje temprano de ciertas creencias, valores y actitudes. Para el caso de la violencia, se puede destacar el ocultamiento de las emociones, la preocupación central por el éxito profesional y el ejercicio del poder como forma de control a todos los niveles. Por el otro lado, aún cuando en forma consciente se pretenda evadir o acabar con estas reacciones, las mujeres han construido una identidad que se engarza con la de los hombres al tolerar, permitir o incluso propiciar este tipo de conductas.

En este apartado se explica que los hombres violentos suelen estar afectados por numerosos sesgos cognoscitivos relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, y por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver conflictos. Suelen ser individuos muy vulnerables frente a las frustraciones, con habilidades de comunicación muy limitadas y sin estrategias adecuadas para solucionar los problemas.

Pueden presentar algunos de los siguientes rasgos de personalidad:

- ✓ Dependencia emocional.
- ✓ Agresividad generalizada.
- ✓ Problemas en el control de la ira.
- ✓ Impulsividad.
- ✓ Déficit de autoestima.
- ✓ Celos.
- ✓ Imposición.
- ✓ Prepotencia.
- ✓ Dificultad expresar y manejar sus sentimientos (temor, tristeza amor).
- ✓ Dificultades sexuales.
- ✓ Ideología de supremacía masculina.
- ✓ Masculinidad asignada.
- ✓ Egocentrismo.
- ✓ Falta de empatía.
- ✓ Negación, minimización o justificación de su violencia.
- ✓ Responsabilizan a otr@.
- ✓ Temor al abandono.
- ✓ En algunos casos se encuentran patologías orgánicas como: tumores, epilepsias, depresiones mayores, etc.

NOTA: Aquí hablamos de perfil no como características intrínsecas a la persona, sino como resultados de un síndrome.

PLAN DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

OBJETIVO TERAPÉUTICO PARA LOS GENERADORES DE VIOLENCIA FAMILIAR.

Propiciar un espacio donde los generadores puedan tocar y expresar sus sentimientos y creencia que subyacen a su conducta violenta a fin de que aprendan a contenerla y o canalizarla adecuadamente modelo de atención de UAPVIF

OBJETIVOS TERAPEUTICOS ESPECÍFICOS

- Generar la demanda a través de la creación de objetivos comunes.
- Identificar creencias machistas.
- Reconocer la propia conducta violenta, así como sus consecuencias.
- Ubicar el origen del aprendizaje que validó el manejo de los conflictos por medio del control y la violencia.
- Identificar y expresar los sentimientos y emociones asociadas con las actitudes violentas.
- Identificar las creencias machistas asociadas a los patrones de violencia (masculinidad culturalmente aprendida).
- Mejorar habilidades de comunicación y escucha.
- Implementar estrategias de retiro.
- Reconocer y manejar la autoestima como elemento fundamental para transformar las actitudes violentas.
- Identificar las señales corporales y los estímulos que anticipan un evento de violencia.
- Reconocer el momento en que se toma contacto con el enojo y poder alejarse

CARACTERÍSTICAS DE EL/LA GENERADOR(A)	OBJETIVO TERAPEUTICO	TÉCNICA
Muestran enojo y resistencia por la obligatoriedad de asistir a terapia	Presentar en grupo a los integrantes, al terapeuta y el programa a trabajar, diseñar conjuntamente el encuadre con sus reglas. Generar demanda a través de objetivos comunes lograr un enganche o adherencia terapéutica.	Presentación, integración y encuadre ¿Porqué estoy aquí? "Beneficiandome" "Autoevaluación" Sesion informativa. Catarsis. "Buscando maneras de mejorar mi vida". "Ventajas y desventajas". "Socializando mi violencia".
Suelen estar afectados por sesgos cognoscitivos relacionados con: creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer.	Confrontar con la ideología de la supremacía masculina. Cuestionar el sistema de valores y creencias de inequidad sexo-genérica.	"Cultura y roles". Lectura "el mundo al revés". Lectura del "más me pega". "La guerra de los sexos".

		Película "La cama en llamas"
Presentan ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver conflictos.	Confrontación con sus derechos, sus obligaciones y la funciones de la UAPVIF	"Revisando la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. "La rueda del poder".
Negación, minimización o justificación de su violencia.	Ampliar la conciencia percibiendo los efectos de su violencia en otras personas.	"Las cuatro esquinas". "El tribunal". "La telaraña". Lectura "Recibí flores hoy"
Carecen de estrategias adecuadas para resolver sus conflictos.	Rastrear el origen del aprendizaje para la resolución de sus conflictos a través del control, el poder y la violencia.	"El maltratador maltratado". "Mis secuelas". "Mi niño interior" "Culpa-resentimiento-exigencia"
Egocentrismo y falta de empatía.	Fomentar la empatía e incrementar la sensibilidad sobre el daño causado	"La silla vacía" "Un día en mi vida y en la de mi compañera"
Masculinidad asignada.	Analizar la cultura y roles que se le asignan para ver privilegios, ventajas y desventajas. Confrontar las implicaciones de renuncia.	"Lluvia de ideas". "Si yo fuera mujer..."
Dificultad para contactar, manejar, y expresar sus sentimientos (temor, tristeza y amor)	Explicar los 5 sentimientos básicos y fomentar el enriquecimiento emocional para decrementar la violencia.	"M.A.T.E.A." "Señales de cabeza, cuerpo y corazón".
Limitadas habilidades de comunicación y asertividad deficiente.	Ampliar su rango de expresión emocional para conocer mejor sus necesidades. Enseñar reglas de comunicación asertiva y sus beneficios.	Reglas de la comunicación asertiva. "Mensajes manipulatorios". "Rol-derecho-permisos".
Responsabilizar a otr@ su conducta violenta	Reconocer la dinámica de la violencia a través del binomio (receptor-generador) y fomentar la ruptura del ciclo de la violencia.	"El ciclo de la violencia" "Rompiendo con el círculo".
Déficit de la autoestima y un ego inflado con aparente complejo de superioridad.	Incrementar la autoestima y el empoderamiento real.	Construir historias alternativas, confrontar con historias dominantes y reforzamiento de acontecimientos excepcionales. "El árbol y mi vida".

Dependencia emocional.	Fomentar la individuación y autoafirmación, disminuyendo la reafirmación.	"Mi mundo, su mundo y nuestro mundo". "Cuando y necesito".
Temor al abandono.	Confrontar sentimientos de soledad, insatisfacción y patrones de codependencia.	"Entrevista con el miedo".
Celos e inseguridad.	Confrontar con idear de propiedad privada sobre la pareja y el resultado de los celos	La profecía auto-cumplida o la tragedia griega.
Imposición y prepotencia.	Confrontar con patrones de autoridad y disciplina, poder – genero y jerarquía.	"ada vez que someto..."
Agresividad generalizada e irritabilidad	Identificar y expresar sentimientos y emociones asociadas con actitudes violentas	"La telaraña". "Retiro". "Plan de seguridad".
Problemas en el control de la ira e impulsividad	Reconocer la propia conducta violenta como una decisión y sus consecuencias. Subrayar que la violencia familiar en todas sus formas es un delito, y debe erradicarse.	"Identificación de señales de riesgo". "Técnica de retiro".
Dificultades sexuales.	Analizar la relación: Poder-erotismo-virilidad-abuso y violación.	"Si para mi, no para mi". "Mi cuerpo y yo". "Sanando mi heridas"
Personas vulnerables ante la frustración. Competencia vs colaboración.	Incrementar su tolerancia ante la frustración y su capacidad de demora.	"Aprendiendo a ser tolerante". "El mago".

PERFIL PSICOLÓGICO DE MUJERES RECEPTORAS DE VIOLENCIA.

Las mujeres maltratadas comparten una serie de características de personalidad, tales como, baja autoestima, asertividad deficiente, escasa capacidad de iniciativa, sumisión, inseguridad, indecisión, devaluación, minusvalía y auto devaluación, culpa, vergüenza, frustración, impotencia, codependencia, ambivalencia (amor odio), ansiedad extrema como resultado de una amenaza incontrolable, respuesta de alerta y sobresalto permanentes, depresión y pérdida del autoestima así como sentimientos de culpabilidad, aislamiento social y dependencia emocional, pueden presentar cuadros clínicos asociados al trastorno de estrés postraumático, como la depresión y otras alteraciones de ansiedad, síndrome de indefensión aprendida (desamparo aprendido) y síndrome de Estocolmo.

NOTA: Aquí hablamos de perfil no como características intrínsecas a la persona, sino como resultados de un síndrome.

PLAN DE INTERVENCIÓN CLÍNICA

OBJETIVO TERAPEUTICO PARA LAS RECEPTORAS DE VIOLENCIA FAMILIAR.

Desarrollar y reforzar los recursos internos y externos de las mujeres receptoras de violencia para poner fin a la situación de abuso, logrando su protección física y emocional. (Modelo de atención de AUPVIF).

OBJETIVOS TERAPEUTICOS ESPECÍFICOS.

- Reconocer la dinámica de la violencia familiar.
- Reconocer y clarificar sus necesidades para hacer una reformulación pertinente.
- Ubicar el origen de su aceptación de la violencia en su familia de origen.
- Identificar sus reacciones emocionales ante el maltrato recibido.
- Identificar creencias asociadas a la feminidad para ser capaces de construir una identidad más libre y saludable.
- Mejorar habilidades de comunicación que les permitan expresar de forma adecuada sus emociones.
- Incrementar su autoestima para elevar su poder personal y el control sobre su propia vida.
- Identificar señales que anticipan un evento de violencia.
- Identificar dudas y temores alrededor del procedimiento jurídico.

CARACTERÍSTICAS DE EL/LA GENERADOR(A)	OBJETIVO TERAPEUTICO	TÉCNICA
Aislamiento social, vergüenza y confusión.	Presentar en grupo a las integrantes al terapeuta y el programa a trabajar, diseñar conjuntamente el encuadre con sus reglas.	Presentación, integración y encuadre. ¿Porqué estoy aquí? “MI vida sin violencia”.
Confusión, negación, minimización, sentimientos de inequidad y responsabilidad del maltrato sufrido.	Informe sobre la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Desmitificar y desnaturalizar el maltrato.	“Lluvia de ideas”: “Identificando la violencia”. “Plan de emergencia”.
Indecisión, inseguridad y ambivalencia.	Preparar para la audiencia con tareas en donde puedan ver lo que piden y lo que pueden cambiar.	“Tareas para empatar”. “Intentos de solución del pasado”.
Ideas, pensamientos y actitudes devaluatorias, de subordinación e iniquidad	Analizar el papel que juegan la cultura y los roles.	“La guerra de los sexos”. “Lectura del mundo al revés”.

sexo-genérica.	Cuestionar el sistema de creencias y valores.	"Cenicienta la feminista".
Fantasías, expectativas poco realistas y deserción del tratamiento.	Identificar etapas del ciclo de la violencia. Fomentar la búsqueda de alternativas para romper el estatus quo y generar corresponsabilidad.	"El nudo de la violencia". "Lectura Recibí flores hoy".
Represión emocional y dificultad para poner límites y establecer acuerdos.	Fomentar la identificación, expresión y aceptación de los cinco sentimientos básicos.	"Ya basta" "M.A.T.E.A." Lectura "El enojo femenino".
Tristeza, desesperanza, desamparo y depresión.	Analizar signos, síntomas y consecuencias. Disminuir riesgo y elaborar ideas e intentos suicidad.	"Desenmascarando mi tristeza". "Construir redes de apoyo"
Ansiedad extrema como resultado de una amenaza incontrolable. Respuesta de alerta y sobresalto permanente.	Recuperar su poder personal y perder el miedo pudiendo enfrentarlo.	"Entrevista con el miedo". Lectura del cuento "El miedo".
Miedos, enojo y violencia pasiva o abierta. Violencia reactiva, impulsividad e irritabilidad.	Confrontar con las sensaciones, actitudes y consecuencias de ambos polos y promover la asertividad.	"El maltratador maltratado". "Ejercicios de relajación". "Técnica del retiro".
Duelos no resueltos por varias pérdidas.	Elaborar y resolver experiencias dolorosas que dificulten sus avances.	"Rituales". "Funeral". "Semillas y botellas".
Pérdida de autoestima, autodevaluación, sentimientos de inadecuación e insuficiencia.	Incrementar su autoestima para elevar su poder personal y el control sobre su propia vida.	"Escalera del autoestima". "Polaridades". "La niña interna". "Mi yo real y mi yo ideal".
Culpa, resentimiento y ambivalencia.	Favorecer el desahogo a través de la catarsis. Clarificar cada sentimiento para descubrir exigencias ocultas.	"Estoy resentida con tigo por..." y "Te quiero pedir que...". "Carta de autoperdon".
Dificultades sexuales, anorgasmia y frustración.	Conectar con su cuerpo y sus emociones en relación con el placer la libertad y el ejercicio de su sexualidad. Analizar la feminidad, la violación sexual, iniquidad,	"Mi cuerpo y yo". "Sanando mis heridas". "Aceptando mi cuerpo". "Cuidando mi cuerpo". "El baño".

	temor, malestar y displacer.	
Asertividad deficiente, dificultad para comunicarse, poner límites y tomar decisiones.	Sensibilizar la importancia y los beneficios de la responsabilidad de una comunicación asertiva. Promover la autoafirmación contra la reafirmación.	“NO-si”. “La cancha de los gustos”. “Mensajes manipulatorios”. “Laberintos” (uso del lenguaje). “Tengo que... Elijo que...”
Marcada dificultad para negociar ideas, proyectos y planes de pareja y familiares.	Fortalecer sus habilidades, recursos, capacidades y destrezas para la resolución no violenta de conflictos.	¿Qué gano y qué pierdo?. “Democracia en mi familia”.
Asumen la responsabilidad o la delegan en terceros.	Fomentar la corresponsabilidad y la coparticipación de la dinámica de pareja.	“El barco que se hunde”. “Ganancias secundarias”.
Dispersión y sentimiento de incertidumbre y/o negatividad hacia el futuro.	Concretar y solidificar su plan de vida con opciones diferentes realistas y creativas. Tomar decisiones eficaces para cambiar su vida.	“Plan de vida”. “Viaje al futuro”. “Expectativas y cambios”. “El espejo”. “Mi plan de felicidad”.
Requieren de redes de apoyo social.	Armar un directorio institucional básico para brindar un apoyo integral y fomentar la red de mujeres.	“Directorio institucional”. “Intercambiando servicios entre las usuarias”. “Creando objetivos comunes”.
Dificultad para despedirse, despegarse y ser independiente.	Realizar un cierre del proceso terapéutico. (Despedirse, resumir los avances, los logros, invitar al seguimiento para valorar el mantenimiento de los cambios y consolidarlos, explorar posibles recaídas). Sugerir nuevos apoyos psicológicos: Grupos de ayuda mutua, autoapoyo, de reflexión y/o talleres.	Resumen de lo trabajado. ¿Cómo llegaron? ¿Cómo se van? ¿Cumplieron sus expectativas? ¿Dónde están? ¿A dónde quieren llegar? ¿Qué necesitan para seguir avanzando? ¿Qué aprendí de ti, de mí y de todas? “Ritual de despedida”.

Como se observa el Modelo de atención está planteado con el propósito de mostrar una estrategia global que permita incidir simultáneamente en las tres dimensiones básicas descritas y que no pueden entenderse ni implementarse de manera aislada. El proceso de integración y articulación de las mismas ha sido retroalimentado permanentemente para ampliar sus procedimientos, en aras de la consolidación y permanente depuración de sus mecanismos de análisis e intervención

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Hi: la violencia familiar que viven las usuarias que acuden a la UAPVIF Xochimilco si influye en la depresión que presentan

Ho: la violencia familiar que viven las usuarias que acuden a UAPVIF Xochimilco no repercute en la depresión que presentan

Ha: la violencia familiar que reciben las mujeres que acuden a la UAPVIF Xochimilco es originada por la educación tradicionalista que recibieron en su formación

V.I: Violencia Familiar

V.D: Depresión

OPERACIONALIZACIÓN

V.i Violencia Familiar: “es aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir físicamente, verbal, psicoemocional y sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño”¹ y que será observable a partir de los datos obtenidos en la entrevista hecha a las usuarias en la UAPVIF.

V.D Depresión: “malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos, en el que los síntomas pueden durar semanas, meses o años”², en el que será medido por la escala de depresión de Beck.

¹ Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal y Reglamento, México D.F. 1998, Art. 3, Frac III.

² Dio Bleichmar, La depresión en la mujer, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1991, Pág.13.

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS
VI VIOLENCIA FAMILIAR	Violencia Psicoemocional	1) Humillación 2) Insulto 3) Amenaza 4) Devaluación 5) Control 6) Burla 7) Indiferencia 8) Chantaje 9) Condicionamiento económico.
	Frecuencia de la Violencia Psicoemocional	a) Diariamente b) Tres veces por semana c) Una vez por semana d) Una vez por mes e) Esporádicamente f) Evento único g) Nunca
	Violencia Física	1) Patada. 2) Golpe con mano cerrada. 3) Golpe con mano abierta. 4) Jalón de cabello. 5) Empujón. 6) Pellizcos. 7) Mordidas. 8) Cabezazos. 9) Golpes con objetos. 10) Arrastrar. 11) Jalones o sujeciones. 12) Intento de ahorcamiento.
	Frecuencia de la Violencia Física.	a) Diariamente. b) Tres veces por semana. c) Una vez por semana. d) Una vez por quincena. e) Una vez por mes. f) Esporádicamente. g) Evento único.

		h) Nunca.
	Violencia Sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1) Violación. 2) Celotipia. 3) Burla de sexualidad. 4) Críticas. 5) Comparaciones. 6) Prácticas sexuales no deseadas. 7) Negación de relaciones sexuales. 8) Otro.
	Frecuencia de la Violencia Sexual.	<ol style="list-style-type: none"> a) Diariamente. b) Tres veces por semana. c) Una vez por semana. d) Una vez por quincena. e) Una vez por mes. f) Esporádicamente. g) Evento único. h) Nunca.
	Inicio de la problemática.	<ol style="list-style-type: none"> a) 1 día a 1 semana. b) 1 semana a 1 mes. c) 1 mes a 6 meses. d) 6 meses a 1 año. e) 1 año a 5 años. f) Más de 5 años.
	Lugar donde se ejerce la violencia.	<ol style="list-style-type: none"> a) Domicilio de el/la receptor/a. b) Domicilio de el/la generador/a. c) Domicilio común. d) Domicilio de familiares. e) Lugares públicos. f) Lugar de trabajo. g) Otro.
	Día del último evento de violencia familiar.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lunes. 2) Martes. 3) Miércoles. 4) Jueves. 5) Viernes. 6) Sábado. 7) Domingo.

VD DEPRESIÓN	<p>Síntomas afectivo-cognoscitivos.</p> <p>Síntomas vegetativos.</p> <p>Síntomas somáticos.</p>	<p>A) Tristeza. B) Pesimismo. C) Sensación de fracaso. D) Insatisfacciones. E) Culpa. F) Expectativas de castigo. G) Autodesagrado. H) Autoacusaciones. I) Ideas suicidas. J) Llanto. K) Irritabilidad. L) Separación social. M) Indecisión. N) Cambios en la imagen corporal.</p> <p>O) Retardo laboral. P) Insomnio. Q) Fatigabilidad. R) Anorexia. S) Pérdida de peso. T) Preocupación somática. U) Pérdida de la libido.</p>

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El objetivo central de ésta investigación descriptiva es obtener un panorama mas preciso de la magnitud del problema, jerarquizar y derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos para la prueba de las hipótesis

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

En esta fase participaron todas las mujeres de las colonias y pueblos aledaños a Xochimilco que acuden por vez primera o de manera subsecuente a solicitar atención a la unidad de violencia familiar (UAPVIF XOCHIMILCO) con características depresivas.

MUESTRA

En este estudio se tomo como muestra a todas las mujeres que acudieron en el mes de Octubre a solicitar la atención presentando problemas de violencia familiar de diferente edad, estado civil y religión. Además el tiempo considerando es en base a que la (UAPVIF) realiza un informe mensual de todas sus actividades y pensando que éste mismo estudio puede ayudar a la institución en la atención psicológica que brinda

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El inventario de Depresión fue desarrollado por el Dr. Aaron T. Beck a principios de los años 60, publicó en 1978 una versión revisada y en 1993 la más actualizada.

Este inventario consta de 21 reactivos relacionados con la depresión, siendo evaluados las actitudes y los síntomas siguientes: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción personal, culpa, castigo, auto-disgusto, auto-acusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, desinterés social, indecisión, cambio de la imagen corporal, dificultad laboral, insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido. De estos, los primeros catorce se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y síntomas somáticos.

El sujeto responde dentro de un continuo de cuatro puntos que van de 0 a 3, donde el 0 es ausencia de síntomas y el 3 indica que existe una depresión severa. La calificación se obtiene de la suma de puntajes de los reactivos. Entre mayor sea el puntaje mas deprimido se encuentra el sujeto

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

p

A lo largo de los capítulos anteriores se ha referido la importancia que tiene la depresión como consecuencia de la violencia familiar en las usuarias atendidas en la Unidad (UAPVIF).

En el presente capítulo se abordarán los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado y las entrevistas realizadas en el mes de octubre a todas las mujeres que presentaban características depresivas y que acudieron por vez primera o de manera subsecuente a solicitar el servicio.

Se obtuvo que el 72% de la población atendida presenta depresión, lo cual se ve plasmado en las emociones y sentimientos diversos expresados, al manifestar cada vez mayor grado de dificultad en la toma de decisiones, debido a la violencia familiar y principalmente por la violencia psicoemocional al descalificar, criticar, devaluar y privar la participación en la toma de decisiones u opiniones de la mujer, e inclusive sobre su misma persona.

Se puede observar que lo antes mencionado conlleva a las usuarias a presentar sentimientos de culpa por los eventos de violencia que vive y por presentarse a la Unidad (AUPVIF) a solicitar información, aunado al hecho de sentirse las causantes del fracaso en su relación de pareja y desintegración familiar, por ejemplo al pensar en “dejar a los hijos sin padre”, “por no aguantar y saber retener al marido” y “no hacer las cosas como ellos dicen”.

Esta situación las lleva al mismo tiempo a autoacusarse o autoreprocharse a sí mismas por su debilidad y problemática y no lograr salir del ciclo de violencia en el que se encuentran a pesar de haberlo intentado en repetidas ocasiones, lo cual les provoca una fuerte frustración y autodesagrado al manifestar enojo e insatisfacción de sí mismas por lo mencionado. Algunas de las entrevistadas manifiestan que a pesar de las circunstancias no se consideran fracasadas; sin embargo, algunas más refieren que al llevar a cabo una evaluación de su vida observan una gran cantidad de fracasos, ocasionando en ellas un alto grado de tristeza y pesimismo al sentir que tal vez nunca saldrán de sus problemas sin lograr obtener ánimo ante las actividades que realizan y por el contrario lloran con demasiada frecuencia o por todo sin poder evitarlo a pesar de la vergüenza que les produce hacerlo y frecuentemente lo hacen a escondidas donde ellas puedan sentir su dolor ya que ante sus hijos y los demás tratan de mostrar seguridad.

Tal como lo hemos referido el generador de violencia cree conocer a su pareja y hace todo lo posible porque ella no busque alternativas de solución y de manera hábil logra que cada día pierda contacto con el mundo externo de los cuales son: familiares, amigos, vecinos, conocidos etc., con la finalidad clara de que sus redes de apoyo inmediato se encuentren cerrados y pueda el seguir teniendo control sobre ella, generando una dependencia emocional y una vergüenza social para pedir ayuda.

Toda esta serie de atropellos poco a poco cobra importancia en la salud mental de las mujeres ya que el desgaste es intenso y provoca cambios permanentes en su apariencia llegándose a sentir “gordas y feas” tal como su pareja les dice, además los

hábitos alimenticios también se ven alterados porque existe ausencia de apetito sintiendo que no es tan bueno como de costumbre, generando consecuentemente una ligera pérdida de peso que en su mayoría no lo observan con atención.

En un gran número de mujeres si existe preocupación y es en cuanto a su salud, ya que manifiestan diferentes males como dolores de cabeza, malestar estomacal o incluso padecer depresión alta o baja, neurosis, diabetes etc, y sentirse que están enloqueciendo. Un área más en la cual se ven afectadas es en el ciclo de sueño ya que frecuentemente se despiertan una o dos horas más temprano que lo usual y les es difícil volverse a dormir o en su caso se despiertan más cansadas que de costumbre. En cuanto a sus actividades laborales les cuesta trabajo empezar a hacer las cosas, algunas otras usuarias en la entrevista manifestaron que a sus hijos no saben ni como les dieron de comer, o como los vistieron para llevarlos a la escuela, sintiéndose cansadas más de lo común, e inclusive en actividades que anteriormente eran parte de su rutina.

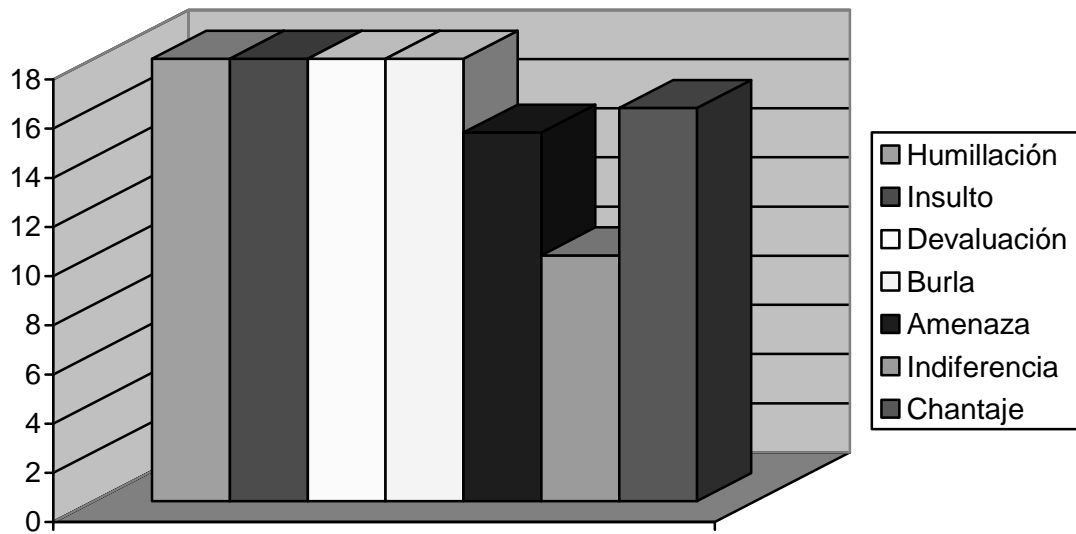
En el aspecto sexual, la mayoría de las usuarias refieren haber perdido el deseo ante las relaciones sexuales como consecuencia de la violencia que viven variando el grado de intensidad de manera recurrente. Esto debido a que se sienten utilizadas y obligadas a responder sexualmente al deseo de su pareja al escuchar frases como “me tienes que cumplir”, “para eso eres mi esposa” o “ni para eso sirves”, por lo cual las usuarias no disfrutaban de sus relaciones y cuando llegan a negarse los generadores de violencia utilizan la fuerza física para someterlas.

Dentro del mismo análisis de los resultados a partir de las encuestas aplicadas se obtuvo que de las 18 mujeres encuestadas, tres tienen intenciones de hacerse daño pero no las llevarían a cabo, una siente que estaría mejor si se muriera y tres más sienten que su familia estaría en mejores circunstancias si ellas murieran, A pesar de ello es importante aclarar que de acuerdo al rango con el que se clasifica el instrumento aplicado (según el Dr. Aaron T. Beck), no obtuvieron un puntaje que las clasificara con depresión severa.

Por ultimo la violencia que cada usuaria presenta dentro de su entorno familiar afecta la vida de las mismas desarrollando un sinnúmero de malestares y síndromes que desgastan la realización de sus actividades y su reproducción sexual. Además tomando en cuenta las historias de vida que presentan en donde han vivido en medio de violencia ejercida por su familia de origen. De todo esto podemos observar como con el paso del tiempo ellas aprenden a interactuar y vivir en violencia, de ahí la dificultad que existe para poder romper el silencio y salir del ciclo de violencia.

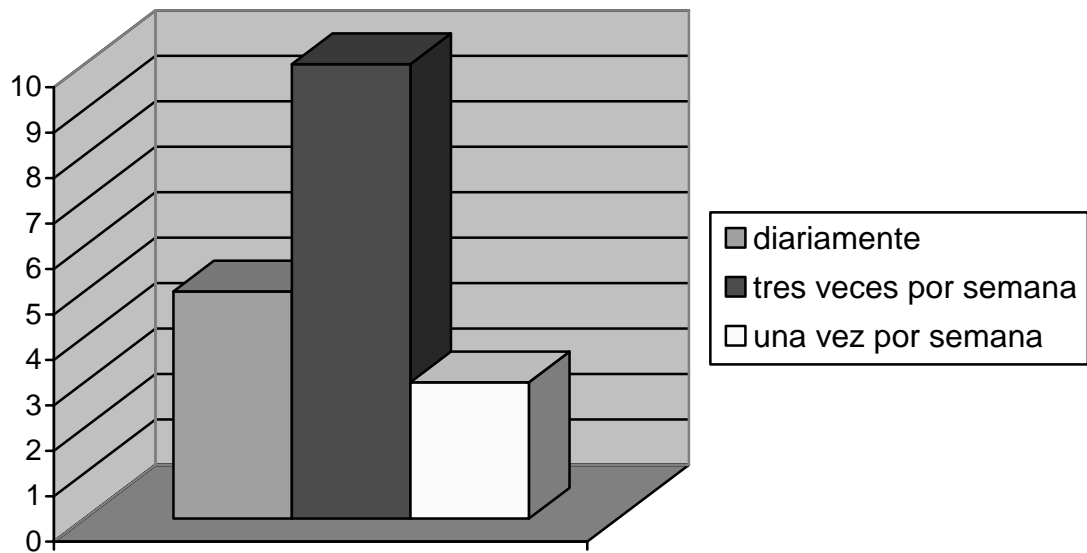
Además de conocer las características depresivas de las usuarias encuestadas, es importante también contemplar los resultados de los indicadores de violencia familiar que refirieron cada una de ellas durante su entrevista. Es por ello que a continuación se presentan las siguientes gráficas, en donde cabe recordar que la muestra es de 18 personas.

Maltrato Psicoemocional



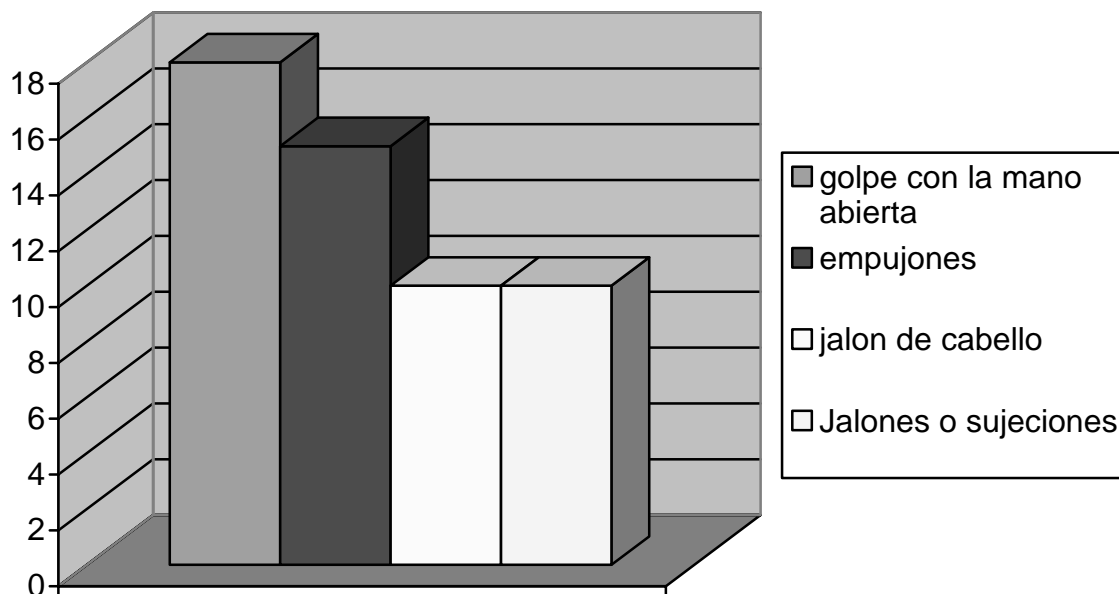
GRAFICA 1. TIPOS Y PORCENTAJES DE VIOLENCIA QUE REFIRIERON LAS USUARIAS EN SU ENTREVISTA.

Periodicidad del Maltrato Psicoemocional



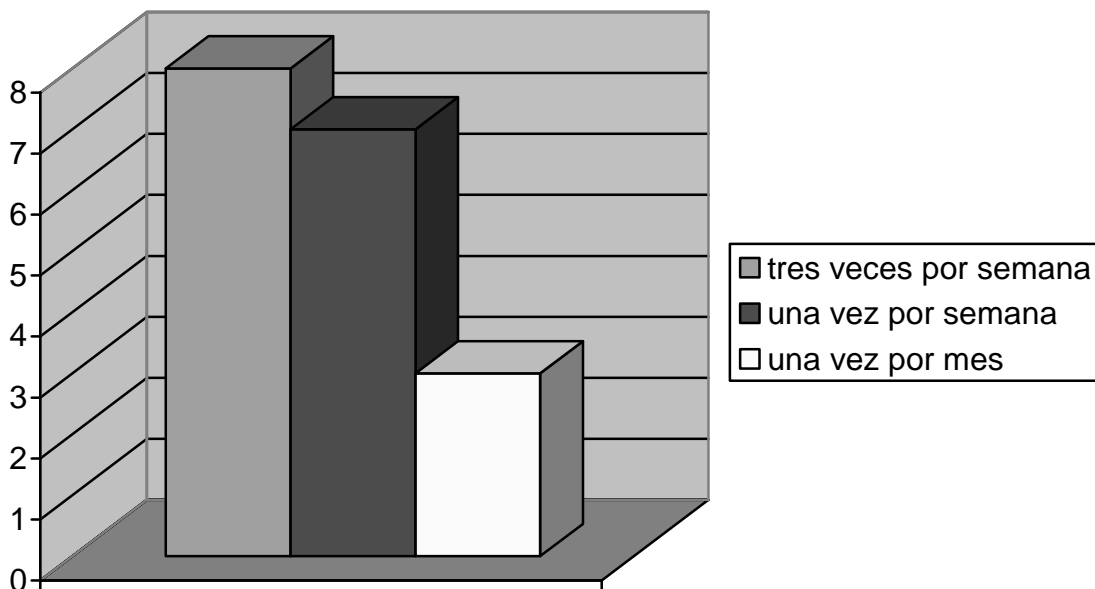
GRAFICA 2. PERIODICIDAD DEL MALTRATO QUE REFIRIERON LAS USUARIAS EN SU ENTREVISTA

Maltrato Físico



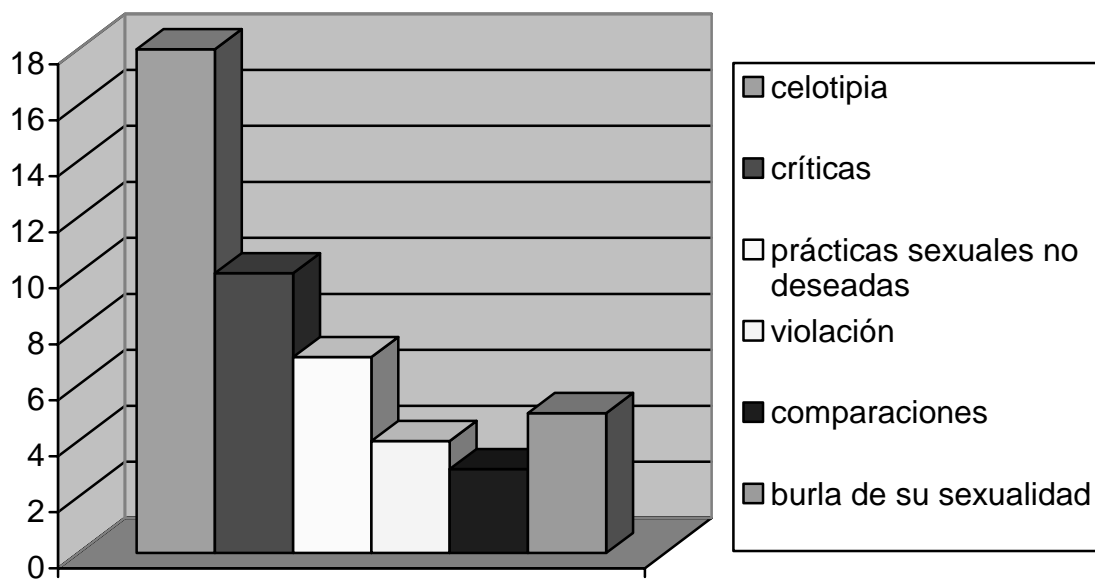
GRAFICA 3. TIPOS Y PORCENTAJES DE VIOLENCIA QUE REFIRIERON LAS USUARIAS EN SU ENTREVISTA.

Periodicidad del Maltrato Físico



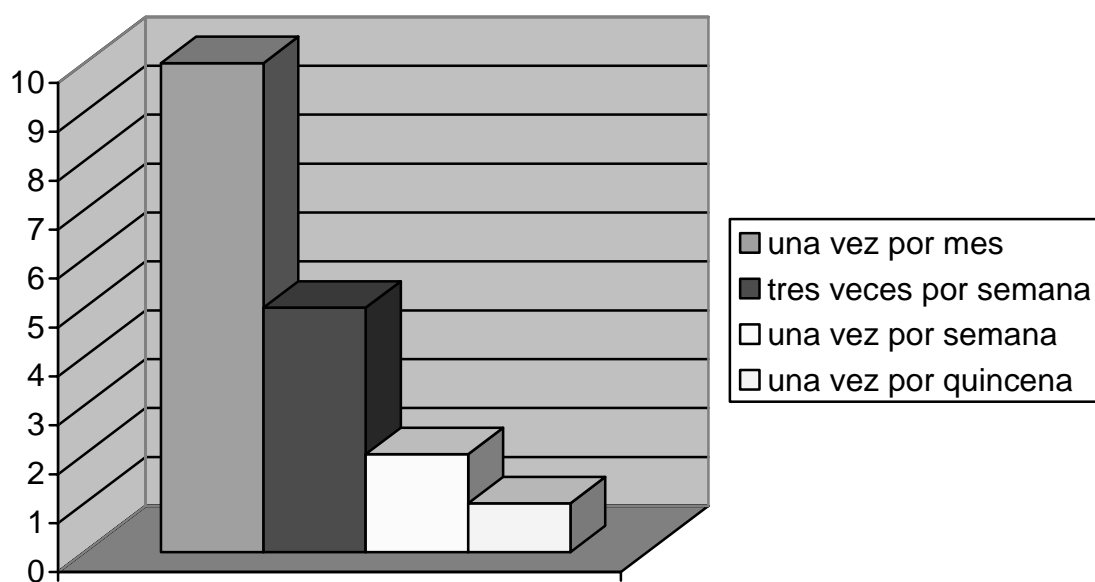
GRAFICA 4. PERIODICIDAD DEL MALTRATO QUE LAS USUARIAS MANIFESTARON EN SU ENTREVISTA.

Maltrato Sexual



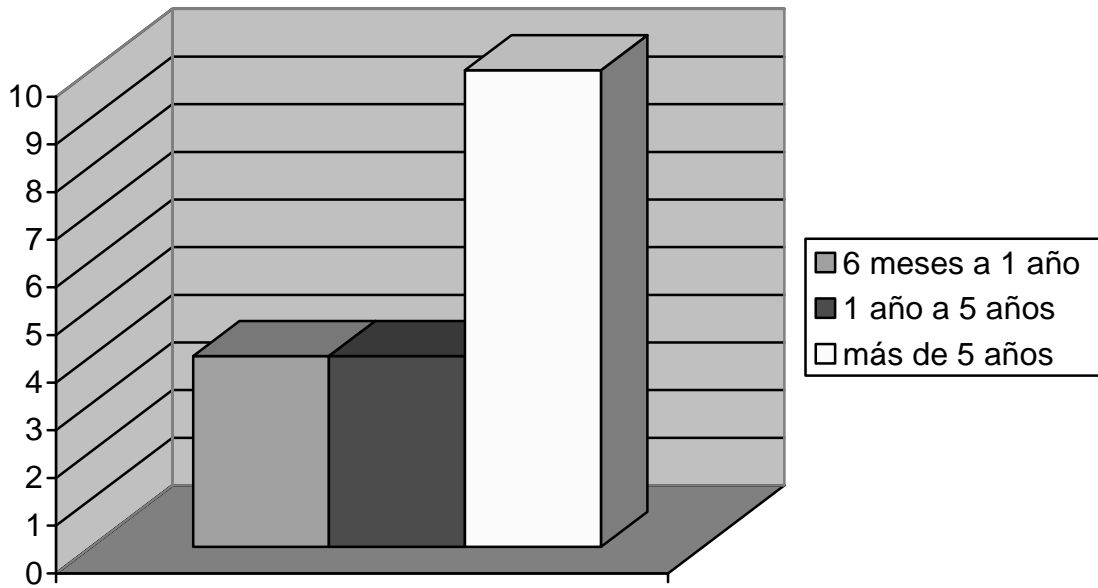
GRAFICA 5. TIPOS Y PORCENTAJES DE VIOLENCIA QUE REFIRIERON LAS USUARIAS EN SU ENTREVISTA.

Periodicidad del Maltrato Sexual



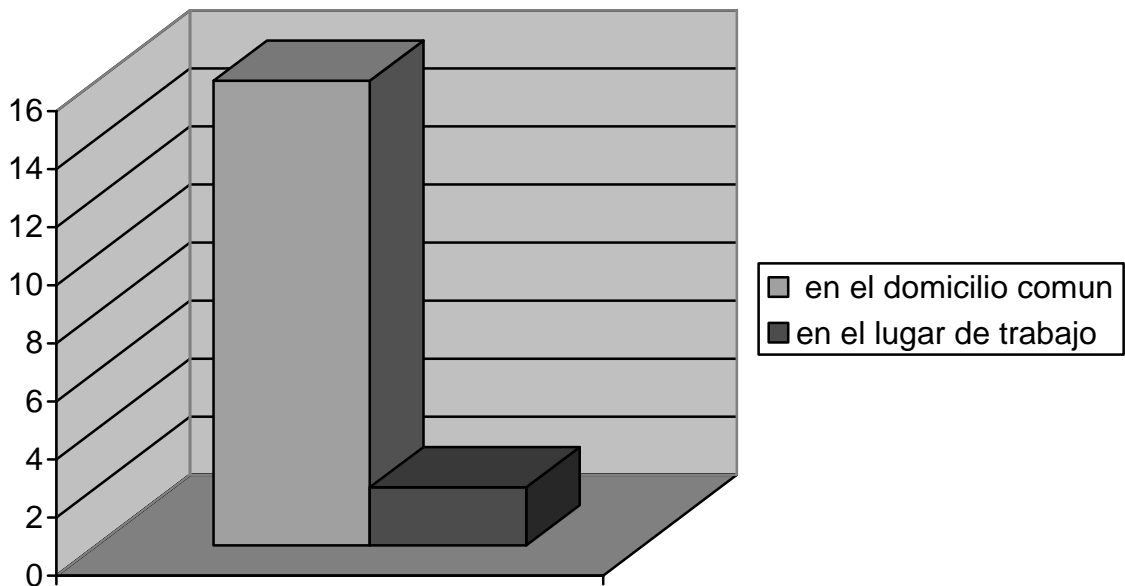
GRAFICA 6. PERIODICIDAD DEL MALTRATO QUE REFIRIERON LAS USUARIAS EN SU ENTREVISTA.

Inicio de la Problemática



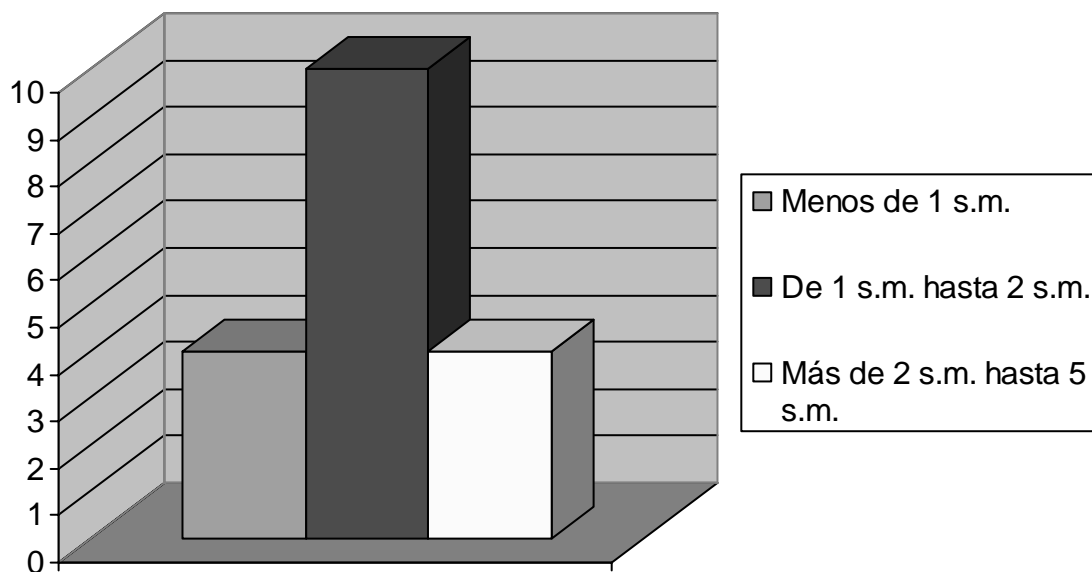
GRAFICA 7. PORCENTAJE DE INICIO DE LA PROBLEMATICA REFERIDO EN SU ENTREVISTA.

Lugar del Maltrato



GRAFICA 8. PORCENTAJE DEL LUGAR DE MALTRATO REFERIDO EN LA ENTREVISTA.

Ingresos Mensuales



GRAFICA 9. PORCENTAJE DE INGRESOS MENSUALES OBTENIDOS DURANTE LA ENTREVISTA.

Por todo lo antes mencionado es posible considerar a la violencia familiar como un problema social y de salud pública, su erradicación depende de incidir en la transformación de los patrones de comportamiento y proponer nuevas formas de relación basadas en la equidad, igualdad, tolerancia y respeto. Lo cual evitaría que muchas mujeres sufrieran de depresión y al mismo tiempo también ayudaría a fortalecer el núcleo familiar y el medio en el que se desarrollan.

4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Para llevar a cabo la verificación de las hipótesis se aplicaron un total de 18 encuestas a las usuarias que acudieron a solicitar el servicio a la Unidad (UAVIF) y que presentaban características depresivas.

Ahora bien, de un total de 18 encuestas aplicadas el 28% (cinco usuarias) no presenta ningún tipo de depresión, sin embargo el 72% (13 usuarias) si presentan este padecimiento. De este último porcentaje el 46.15% muestran depresión leve, el 15.38% manifiestan depresión moderada y el 38.46% presentan depresión moderada grave. Por lo anterior se puede observar que ninguna de las usuarias encuestadas presenta depresión grave.

Con base en los resultados que arrojan las encuestas aplicadas se afirma la veracidad de la primera hipótesis, permitiendo con ello considerar que la violencia familiar es un factor determinante en el estado depresivo de las usuarias

CAPITULO V

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS PARA MEJORAR EL TRABAJO CLÍNICO EN LA UAPVIF

5.2 JUSTIFICACIÓN

A lo largo del presente trabajo se ha dado a conocer la importancia que tiene tomar en cuenta la depresión que presentan las usuarias como consecuencia de la violencia familiar que viven y a pesar de que el modelo de atención psicosocial y la atención psicológica que ofrece al UAPVIF inscrita en las disposiciones de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal establece que “la atención a quienes incurran en actos de violencia familiar, se basará en modelos psicoterapeúticos reeducativos tendientes a disminuir y , de ser posible, erradicar las conductas de violencia”, no se le ha dado la prioridad al padecimiento ya que las usuarias que se presentan con características depresivas son derivadas a hospitales psiquiátricos o algunas son escuchadas en recepción individual y canalizadas a psicoterapia grupal. Esto ha ocasionado que las instituciones de salud mental solamente trabajen con la depresión, en su mayoría con medicamentos sin dar prioridad a la violencia que las usuarias viven dentro de su domicilio restándole importancia a dicho problema. Es por ello que se considera importante que las mujeres reciban atención integral tanto a la depresión como a la violencia que sufren para lograr su recuperación.

Lo anterior representa un motivo por el cual el modelo de atención de las Unidades no produce el impacto esperado y es criticado en muchos seminarios de modelos de atención psicológica en el D. F. y nivel estado. Así también, es un factor importante de deserción ya que el formato de psicoterapia breve como lo manifiesta la Ley, no alcanza a desarrollar de manera adecuada los recursos internos y externos del paciente para que pueda enfrentar la problemática y a su vez eliminar la violencia.

Cabe mencionar que este trabajo no demerita los esfuerzos realizados por el modelo de Atención Psico social pero propone hacer algunos cambios para mejorar la atención que se brinda. Por tales motivos en este capítulo se mencionan algunas alternativas terapéuticas que ayudarán a obtener mejores resultados en el trabajo clínico de la UAPVIF con las usuarias que presenten depresión.

5.3 PLANEACIÓN

OBJETIVO

Implementar alternativas en el trabajo clínico para que las usuarias que presentan depresión logren desarrollar los recursos necesarios y puedan enfrentar su problemática.

Para realizar las alternativas se describen las siguientes fases que son los aportes al trabajo clínico de la UAPVIF (ver Pág.48 Etapas de Trabajo Clínico en UAPVIF) en la intervención a mujeres que sufren depresión como consecuencia de la violencia familiar.

FUNCIONES	ACTIVIDADES
Entrevista inicial	Encuadre, contrato y alianza terapéutica, reducir crisis y hacer del conocimiento a las usuarias que la depresión que presentan es consecuencia de la violencia familiar que reciben y que puede ser tratada.
Atención focalizada	Aplicación de los cinco pasos del formato de psicoterapia breve y de emergencia de Leopoldo Bellack (ver anexo) enfocado a la depresión, resaltando que el área de mayor prioridad es su autoestima, además de hacer una evaluación constante de los avances en cada una de las sesiones individuales y reforzar los logros realizados a fin de empoderar a las mujeres de manera interna y externa, tomando en consideración que el número de sesiones va a depender de los avances en el paciente.
Derivación	No deben canalizarse a las mujeres ó integrar a psicoterapia de grupo sin verificar que cuenten con las herramientas necesarias. Derivar a una instancia de salud mental para la valoración psiquiátrica con formato de referencia y contrarreferencia si el terapeuta lo determina, de tal manera que la usuaria pueda recibir ayuda colateral y poder recuperar su equilibrio.
Seguimiento	Dar continuidad a la atención para saber el grado en que se encuentra, observar su comportamiento dentro de los diversos grupos, ya sea terapéutico o de autoayuda, en caso de abandonar el tratamiento localizarla vía telefónica y saber su estado actual, haciéndole la invitación de reiniciarlo, ó en su caso derivarla a una institución más cercana, según su trabajo o domicilio. De esta manera se podrá guiar a la paciente a cumplir con sus objetivos a fin de que pueda enfrentar el padecimiento que motivo la consulta y poder romper así con el círculo de la violencia.

RECURSOS

HUMANOS

Los recursos humanos requeridos incluyen a la Coordinadora(o) Psicosocial, Psicóloga(o) que laboran en la Unidad, quienes guiarán y evaluarán el procedimiento. Además, de ser posible, involucrar a la Trabajadora Social en el seguimiento de casos.

FISICOS

Las oficinas de cada uno de los profesionales indicados.

MATERIAL

Ficha de Trabajo Social
Ficha de Información y Orientación
Informe Técnico de Trabajo Social y Psicología.
Instrumento para evaluar la depresión.
Hojas.
Plumas.
Línea telefónica.
Equipo de cómputo.

CONCLUSIONES

Como se ha observado, la depresión que viven las usuarias puede ser ocasionada por la violencia que reciben y que su recuperación interna no va a depender de una sola atención sino que requiere de unir esfuerzos para poder reducir este padecimiento

De igual forma, debido a que la violencia familiar es un problema de salud pública y compleja, viola los derechos de las mujeres generando una herida difícil de sanar y baja autoestima, lo cual permite al generador someterla y seguir teniendo el control.

Del servicio multidisciplinario que se ofrece en la institución (UAPVIF) se puede observar que la atención psicológica es de gran importancia ya que la Ley que se aplica presenta lagunas en las cuales los procedimientos jurídicos no producen los resultados esperados por las mujeres y es en esta parte donde la ayuda terapéutica debe desarrollar los recursos internos y externos de las usuarias para fortalecerlas y que de esa manera puedan hacerle frente a su problemática sin tener que sentirse frustradas e impotentes ante sus múltiples esfuerzos en su lucha por una vida sin violencia y aún más, no tener que recurrir a las drogas, alcohol o fármacos que terminan con su salud mental.

También se observó que tanto el trabajo psicoterapéutico individual, como el de grupo que establece la Ley son importantes en el proceso de reeducación de las usuarias, pero que así mismo debe de dárseles el reconocimiento y difusión a los grupos de ayuda mutua y reflexión por su gran impacto en el fortalecimiento de las mujeres de manera que se logre seguir tejiendo redes de apoyo y alternativas ante esta problemática.

Finalmente la atención profesionalizada a mujeres que viven violencia dentro o fuera de su núcleo familiar es de gran interés, no obstante la prevención debe de ser un elemento aplicado en todos los sectores de la sociedad tanto público, privado, niños adolescentes adultos etc. ya que el sancionar ó encarcelar a una persona generadora de violencia masculina en el hogar no ayuda en nada, porque no se enfoca en la raíz de la problemática y lo que se necesita es crear acciones y programas de intervención, de manera que se pueda concientizar a la comunidad para que se logren desarrollar nuevas formas de relación y comportamiento que ayuden al empoderamiento femenino formando un mundo de equidad e igualdad de género o una cultura sin violencia.

Además a todos los profesionistas de la salud mental y especialmente a los que trabajan con mujeres que reciben algún tipo de violencia es importante que sean sensibilizados ante la problemática y se esfuercen por dar una atención profesional ya que estos al no contar con el perfil requerido para la atención llegan a ser un factor más que lleva a las mujeres a dudar en decidir denunciar y enfrentar el problema de forma adecuada.

A

N

E

X

O

S

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ **EDAD** _____
ESTADO CIVIL _____ **RELIGION** _____ **FECHA** _____
ESCOLARIDAD _____ **OCUPACION** _____

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales se le pide que indique “cual de las declaraciones define mejor cómo se siente en este momento”.

A. TRISTEZA:

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste o melancólico.
- 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
- 2b. Estoy tan triste o tan infeliz que esto es verdaderamente doloroso.

B. PESIMISMO:

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
- 1. Me siento desalentado por el futuro
- 2a. Siento que no tengo para qué pensar por el porvenir.
- 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas.
- 3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

C. SENSACION DE FRACASO:

- 0. No me siento como un fracasado
- 1. Siento que he fracasado más que el promedio.
- 2a. Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2b. Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos.
- 3. Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa)

D. INSATISFACCIONES:

- 0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
- 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba.
- 2. Nunca siento satisfacción de nada. sa).
- 3. Estoy insatisfecho de todo.

E. CULPA:

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.
- 2a. Me siento algo culpable.
- 2b. Me siento mal o indigno casi siempre.
- 3. Siento que soy muy malo o inútil.

F. ESPECTATIVAS DE CASTIGO:

- 0. No siento que esté siendo castigado.
- 1. He tenido la sensación de de que algo malo me puede ocurrir.
- 2. Siento que soy castigado o que seré castigado.
- 3a. Creo que merezco ser castigado
- 3b. Deseo ser castigado.

G. AUTODESAGRADO:

0. No me siento decepcionado de mí mismo
- 1a. Estoy decepcionado de mí mismo.
- 1b. No me agrado.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio.
- 4.

H. AUTOACUSACIONES:

0. No creo ser peor que cualquier otro
1. Me critico por mi debilidad o errores.
2. Me reprocho mis culpas.
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I. IDEAS SIUCIDAS:

0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.
1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cavo
- 2a. Siento que estaría mejor muerto.
- 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
- 3a. Tengo planes definidos para suicidarme.
- 3b. Me mataría, si pudiera

J. LLANTO:

0. No lloro más de lo usual.
1. Lloro más de lo que acostumbraba.
2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo.

K. IRRITABILIDAD:

0. No estoy más irritado de lo habitual.
1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual.
2. Me siento irritado siempre.
3. No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban

L. SEPARACIÓN SOCIAL:

0. No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba Estar.
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
3. He perdido interés por las demás personas, y no me importa de lo que les ocurra.

M. INDECISIÓN:

0. Tomo decisiones también como antes.
1. Trato de evitar el tomar decisiones.
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
3. No puedo tomar ninguna decisión.

N. CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL:

0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.

3. Siento que luzco feo o repulsivo.

O. RETARDO LABORAL:

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1a. Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo.
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún trabajo.

P. INSOMNIO:

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
2. Despierto una o dos horas más temprano que lo usual y me es difícil Volver a dormir.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

Q. FATIGABILIDAD:

0. No me canso más de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que lo usual.
2. Me canso de no hacer nada.
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

R. ANOREXIA:

0. Mi apetito no excede a lo normal.
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
2. Mi apetito es deficiente.
3. No tengo apetito.

S. PÉRDIDA DE PESO:

0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
1. He perdido más de 2 ½ kg.
2. He perdido más de 5 kg.
3. He perdido más de 7 kg.

T. PREOCUPACIÓN SOMÁTICA:

0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o Constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros Pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

U. PÉRDIDA DE LA LIBIDO:

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.
1. Tengo poco interés por el sexo.
2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

ORGANIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA BREVE EN CINCO SESIONES

(LEOPOLDO BELLAK, M.D. Y LEONARD SMALL, S.D.)

Al abogar por la psicoterapia en cinco sesiones, es importante tener presente que esto no quiere decir que deba seguirse rígidamente este número.

La primera sesión: La historia es el estado presente del pasado. Al llegar un nuevo paciente es esencial hacer una historia exhaustiva. Pero esa historia debe estar relacionada con lo que lastima actualmente al paciente, esto es, la queja principal y las secundarias.

Es importante en la primera sesión hallar precisamente cuándo comenzaron los síntomas, y comprender la situación de vida dentro de la cual surgieron, y entonces precisar el porqué eligió el paciente ese día en particular acudir a consulta.

La segunda sesión: Comenzara con la pregunta de lo que el paciente pensó, sintió y soñó después de la primera, ayudando a mantener una continuidad como parte de la técnica terapéutica. Es importante preguntar al paciente sobre sus sueños y pedirle que no se asuste de ellos.

Por otra parte esta segunda sesión se aplica tanto para hacer una mayor exploración como para poner en actividad la intervención terapéutica inicial. Siguiendo la regla usual: Tratando primeramente los problemas relativamente accesibles y superficiales y más tarde los más ocultos y más duramente defendidos.

La tercera sesión: Se sigue el mismo proceso, cuando el paciente parece demostrar alguna mejoría. Es también el momento de trabajar sobre cualquier ansiedad de la separación, mencionando otra vez la separación inminente y diciendo que esta separación pueda posiblemente ser tan amenazante como para que las cosas empeoren otra vez.

La cuarta sesión: Frecuentemente produce un paciente que se siente peor. Trabajando con estos sentimientos, el paciente y el terapeuta pueden cubrir el material previo, la relación con el terapeuta y la ansiedad de la separación. El facultativo debe repetir otra vez que desea saber del paciente y que estará disponible para él si lo necesita.

La quinta sesión: el nuevo material, cualquier elaboración que pueda ser hecha, la suma y la revisión de la información y el dejar al paciente con una transferencia positiva, son todos asuntos apropiados para cubrir en esta sesión. Si por alguna razón el paciente no estuviera aún bien como para dar por hecho el final, puede uno continuar con la terapia. Cuando el terapeuta crea que el paciente ha llegado a un punto ciego puede sugerir la idea de comenzar otra vez en tres meses. Al fin de la quinta sesión nuevamente se le pide al paciente ponerse en contacto con el terapeuta de ahora a un mes, aunque no se sienta perfectamente bien, en muchas circunstancias puede ser recomendable pedir al paciente que asistaa una sesión un mes más tarde

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Banda Bustamante Norma Bertha, Nosotras en la violencia familiar, APIS Fundación Para la Equidad, A.C. México 2002.
- ❖ Bonino Luis, “Develando los micromachismos en la vida conyugal”, en Jorge Corsi Violencia Masculina en la Pareja, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1995
- ❖ Burín, Mabel, Estudios sobre la subjetividad Femenina. Mujeres y salud mental, Gpo. Edit. Latinoamericano, Buenos Aires ,1997
- ❖ Cazés Daniel, La Perspectiva de Género, Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles, Edit. CONAPO, México D.F.1998
- ❖ Corsi Jorge, Una mirada abarcativa sobre el problema de la Violencia Familiar, Edit. Paidos, 3 reimpresión, Buenos Aires Argentina, 1999.
- ❖ Corsi Jorge, Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1994
- ❖ Díaz Guerrero R. Psicología del Mexicano, Edit. Trillas, México 1990
- ❖ Dio Bleichmar, Emilce, La Depresión en la Mujer, Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 1991
- ❖ Dio Bleichmar, Emilce, El feminismo espontáneo de la histeria, México: Fontamara, 1989
- ❖ Ferreira Graciela B. La mujer maltratada, un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica, Edit. Hermes, México D. F. 1996
- ❖ El Colegio de México A.C. Programa “Salud Reproductiva y Sociedad, Octubre-Diciembre, México 2001.
- ❖ Giberti Eva / Fernández Ana María (compiladora), La mujer y la violencia invisible, Edit. Sudamericana, Argentina, 1989.
- ❖ Gutman, Mathew C. “Miedo y odio en la Violencia Masculina”, En ser Hombre de verdad en la Ciudad de México, el Colegio de México, 2000.
- ❖ Heise, Lori, Pitanquy Jacqueline y Germain Adrienne, Violencia contra la Mujer: La carga oculta de salud, Programa Mujer Salud y Desarrollo/OPS, nov. 1994
- ❖ Jiménez María (coordinadora), Violencia Familiar en el distrito Federal, México, Editorial Universidad de la Ciudad de México y Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, 2002.
- ❖ Lamas Martha, El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual, Edit. Porrúa, 1996

- ❖ Legislación Mexicana 1876.1904, Ley del Matrimonio Civil, México 1859, Arti, 15.
- ❖ Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el distrito Federal y Reglamento, 1998.
- ❖ Linares Juan Luís, Identidad y narrativa, La terapia familiar en la práctica sistémica, Edit. Paidós, Barcelona España, 1996
- ❖ Mercado Espinoza Maria Guadalupe, Violencia familiar: Una Cuestión de Género, Guía para capacitación Tomo I, SDS, Dirección General de Equidad Y Desarrollo Social ,México, 1999
- ❖ Modelo de Atención Psicológica para las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, DGEDS, México 2004
- ❖ Pichot Pierre, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Edit. Masón, s.a, México 1998
- ❖ Ramírez Felipe Antonio, Violencia Masculina en el hogar, México Editorial Pax 1999
- ❖ Red de Referencia del Distrito Federal, Estudio sobre Violencia Domestica en México, México 1999
- ❖ Rousseau Juan Jacobo El Contrato Social, Ginebra 1762, retomado por Pérez Vázquez Teresa (Coordinadora) El Colegio de México, A.C. Programa “Salud Reproductiva y Sociedad”, seminario taller teórico-metodológico, violencia domestica: Un acercamiento desde la teoría de género y las entidades de género. México octubre-diciembre 2001
- ❖ Villoro Luís, El concepto de ideología y otros ensayos, México, Fondo de Cultura Económica, México 1985,
- ❖ Violencia y Familia: Tratamiento y Prevención de las Causas e Incidencias de la Violencia en las Mujeres, sus Hijos y su Comunidad, Curso de introducción a la Violencia familiar, Programa de Coinversión del G.D.F.
- ❖ White Michael, Guías para una terapia familiar sistémica, Edit. Gedisa, Barcelona, España, 1994
- ❖ White Michael, Epston David, Medios narrativos para fines terapéuticos, Edit. Paidós,1993