



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ASERTIVIDAD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA DE PAREJA.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

GEORGINA TANNIA OVIEDO GONZÁLEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. ISABEL REYES LAGUNES
COMITÉ TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. ALFONSO GERARDO CARRERA RIVA-PALACIO.
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ.
MTRA. MARÍA ARACELI ÁLVAREZ GAZCA.
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA.
MTRO. FERNANDO VÁQUEZ PINEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por haberme abierto nuevamente sus puertas.

Al Programa de **Posgrado de Maestría y Doctorado en Psicología**, por la ayudada brindada a lo largo de toda la maestría.

Al **Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón"**, por haberme aceptado y recibido durante todo el periodo de la residencia.

Al Programa de Becas de **CONACYT** y **DGP**, porque sin su ayuda económica posiblemente no habría estudiado una maestría.

A la **Dra. Isabel Reyes Lagunes**, por su paciencia, enseñanzas, supervisiones y disponibilidad a lo largo de toda la tutoría.

Al **Dr. Samuel Jurado Cárdenas**, **Mtro. Leonardo Reynoso** y **Mro. Arturo Martínez Lara**, por sus enseñanzas, clases, revisiones, supervisones, apoyo y disposición a lo largo de toda la maestría.

Al **Dr. Sánchez Sosa**, por su apoyo y sugerencias a este trabajo.

Al **Comité Tutorial** por la disposición para evaluar este proyecto.

A la **Dra. Rosa María Matías Armas** y al **Dr. Alfonso Gerardo Carrera-Riva-Palacio**, por el apoyo, la motivación, las enseñanzas, la disponibilidad y el entusiasmo brindado a lo largo de toda mi estancia en el hospital.

A la **Lic. Jackeline Cortazar Palapa**, por su apoyo, escucha, crítica y motivación para la finalización de este trabajo y de la maestría.

DEDICATORIAS

A **mamá** por haberme cuidado y educado a lo largo de toda mi infancia y adolescencia. Gracias mamá por todas las enseñanzas que me has brindado a lo largo de toda mí vida. Te amo.

A **papá** por haber sido un padre juguetero y gracioso durante toda mí infancia. Por haberme cuidado de las enfermedades y salvado de la muerte. Gracias por haberme entusiasmado, motivado y brindado la información para entrar a la maestría. Te amo.

A mí querida **Yeniséi**, por haber compartido los momentos más felices y tristes de mi vida, por apoyarme, escucharme y llorar conmigo. Te amo.

A la más pequeña de mi familia (**Liber**), por escucharme, abrazarme, perdonarme y apoyarme. Gracias por defender mí profesión. ¡Mamá Gata! Te amo.

A **abuelita Ofelia** que durante toda mí infancia me cuidó, me alimentó, consintió, apapachó y enseñó. Gracias Ofe, te amo.

A **abuelo Raymundo**, por todo el apoyo que me has brindado para la realización de todos los proyectos que he iniciado.

A **Erick**, por todo el amor, el cariño, la ternura, la comprensión, el apoyo y la comunicación que me has otorgado a lo largo del tiempo compartido. Gracias por todas las recomendaciones y enseñanzas que me brindaste para que este trabajo tuviera una buena redacción. Te amo Chanwi.

A mis queridas amigas de años y recientes: **Heydi, Itzel, Claudia, Norma, Ivett, Nickte, Israel, Jackeline, Sandra y Judith**, por todo su apoyo, sugerencias, enseñanzas, críticas, cariño y ternura. Por su sinceridad y honestidad. Porque me han permitido compartir mí hombro y se han permitido compartir el suyo ante las adversidades de esta vida. Gracias por estar. Les quiero mucho. A mí querido amigo **Héctor**, por ser un simpático científico loco, que me ilumina con su risa. Por escucharme, apoyarme, comprenderme y por que descubrimos ser similares. Te quiero mucho.

A **Paty, Lulú y Pedro**, por haberme abierto su corazón, por ser tan sencillos, naturales y simpáticos. Por bailar cuando se despiden y brindar las bendiciones con todo el corazón.

A todos los **tíos Oviedo**. En especial a **Rene y Aurora**, por ser siempre muy amables, cariñosos y bonachones conmigo.

A **Luis Roberto Casillas**, por ayudarme, guiarme, enseñarme y provocarme muchas disonancias cognitivas a lo largo de todo este tiempo.

Al **Colegio Verdi**, en especial a la **lic. Verónica Leyva Flores** y a todos mi **exalumnos** por todas sus porras, para entrar a la maestría. Gracias a sus enseñanzas me convertí en un mejor ser humano y Psicóloga.

A todos los **doctores, enfermeras, trabajadoras sociales y administrativas** del Servicio de Ginecología y Obstetricia y del hospital, por la amabilidad y apoyo recibido a lo largo de toda la residencia. A las enfermeras **Blanquita, Rosy, Vicky y Xochitl**, por el apoyo, cariño y enseñanzas brindadas a lo largo de toda la residencia. ¡Gracias por su participación activa en el programa de violencia!

Al **Dr. Buendía, Dra. Madrid, Dr. Chan, Dr. Maciel**

y **Dra. Montoya**, por sus enseñanzas, sugerencias, críticas y apoyo brindado durante toda la residencia.

Al **Dr Carrera**, por haberme brindado la oportunidad de enseñar y mostrar que la Psicología es mucho más que una sola corriente. Por ser un buen padre académico: motivador, exigente, y entusiasta.

A todos los **pacientes** que a lo largo de todo este tiempo han depositado en mí su confianza como profesionista. A **todos** aquellos que ya no están presentes en mí vida, pero que albergo en mí corazón.

**Con amor, admiración y respeto a todos ustedes,
Tannia**

Mujer

(L.y M Gloria Martín).

Mujer, si te han crecido las ideas
de ti van a decir cosas muy feas
que, que no eres buena
que, que sí tal cosa
que cuando callas
te ves mucho más hermosa.

Mujer, espiga abierta entre pañales
cadena de eslabones ancestrales
ovario fuerte
dí, dí lo que vales
la vida empieza
donde todos son iguales.

Ángela James, o antes Manuela mañana es
tarde, y el tiempo apremia.

Mujer, si te han crecido las ideas
de ti van a decir cositas muy feas
cuando no quieras ser incubadora
dirán no sirven estas mujeres de ahora.

Mujer, semilla, fruto, flor, camino
pensar es altamente femenino
hay en tu pecho dos, dos manantiales
fusiles blancos
y no anuncios comerciales.

Ángela James, o antes Manuela mañana es
tarde, y el tiempo apremia.

A todas las mujeres que a lo largo de todo este
tiempo me han confiado sus experiencias con, el
dolor, los celos, la manipulación, los insultos,
los golpes y la vejación. A todas ustedes por ser
muy valientes y no callar más la violencia vivida.

Mujer

Un ser que aún no acaba de ser.
no la remota rosa angelical
que los poetas cantaron
no la maldita bruja
que los inquisidores quemaron
no la temida y deseada prostituta
no la madre bendita
no la marchita y burlada solterona
no la obligada a ser bella
no la obligada a ser mala
no la que vive porque la dejan vivir
no la que debe siempre
decir que sí
Un ser que trata de saber quién es
y que empieza a existir.

Alaide Foppa

INDICE

Introducción	4
Capítulo I	
Definición y clasificación de violencia	7
Antecedentes históricos de la violencia hacia la mujer	11
México ante la violencia a la mujer	13
Estadísticas	17
Capítulo II	
Relación entre salud y violencia hacia la mujer	19
Consecuencias físicas de la violencia	20
Consecuencias psicológicas de la violencia	22
Instrumentos de medición y detección de violencia	24
Tratamientos cognitivos conductuales para violencia	26
Capítulo III	
Método	
Estudio I	29
Estudio II	39
Estudio III	50
Capítulo IV	

Conclusiones y discusiones

69

Anexos

1. Entrevista estructurada.	74
2. Lista de cotejo de situaciones vitales.	75
3. Primer instrumento	76
4. Segundo instrumento	77
5. Evaluación del Riesgo	78
6. Manual para pacientes sobrevivientes de violencia de pareja.	81
7. Reporte de experiencia profesional en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.	88
Bibliografía	93

INTRODUCCIÓN

La violencia hacia la mujer es un problema de salud pública en México. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares reporta que el 46.6% de las mujeres mexicanas que viven con una pareja sufren de algún tipo de violencia (2003, INEGI).

Las consecuencias de esta problemática son devastadoras tanto para las sobrevivientes como para su familia. El Informe Mundial de Violencia de Pareja que edita la Organización Mundial de la Salud (2002) indica que las consecuencias físicas de la violencia de pareja pueden ser: lesiones abdominales, moretones, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos del aparato digestivo, síndrome del colón irritable, desgarres y abrasiones, lesiones oculares, mengua de las funciones físicas, infecciones de transmisión sexual, aborto en condiciones de riesgo, embarazo no deseado etc. Los padecimientos psicológicos que se han relacionado con la violencia doméstica son depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol o drogas; además de que vivir en violencia puede llevar a las mujeres a cometer actos suicidas u homicidas (Valdez y Juárez, 1998). Además, los costos socioeconómicos de la violencia incluyen: atención médica, atención policíaca, aumento de la morbilidad, menor participación en el mercado laboral, ingresos más bajos, transmisión intergeneracional de la violencia y deterioro de la calidad de vida (Buvinić, Morrison y Shifter, 1999).

La participación del psicólogo especializado en Medicina Conductual en la detección, tratamiento y seguimiento de las mujeres sobrevivientes de violencia en los escenarios hospitalarios es muy importante, debido a que los psicólogos especializados en este campo pueden diseñar intervenciones efectivas que ayuden a las pacientes a mejorar sus estrategias de enfrentamiento. Aunque son pocos los estudios sistematizados acerca del tratamiento psicológico para las pacientes que padecen violencia (Yllán, 2003), se ha observado que la terapia cognitiva-conductual ha resultado favorable para este tipo de pacientes (Echeburúa y Corral, 1998).

La práctica profesional de la Maestría se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”, donde se realizó un estudio de prevalencia de depresión severa en mujeres puérperas hospitalizadas, ya que se ha detectado que la depresión postparto puede tener sus orígenes en episodios depresivos previos al alumbramiento. Se encontró una relación entre depresión severa en mujeres puérperas hospitalizadas y haber vivido situaciones de violencia en el último año de vida.

Debido a los resultados obtenidos se diseñó y desarrolló una herramienta de detección de violencia para las mujeres hospitalizadas en el servicio, ya que la estancia hospitalaria es una oportunidad para realizar detección de la violencia. La herramienta se construyó por medio de tres reactivos con respuestas dicotómicas, además de contar con una parte informativa y educativa acerca de los diferentes tipos de violencia y las consecuencias de la misma.

Los resultados que arrojó la herramienta de detección fueron un total de 874 mujeres sobrevivientes de algún tipo de violencia, por lo tanto se creó e implementó una intervención psicológica cognitivo conductual para mujeres sobrevivientes de violencia de pareja, en la cual se utilizaron diversas técnicas psicológicas tales como: respiración diafragmática, reevaluación cognitiva, entrenamiento en asertividad, autoaceptación, solución de conflictos y psicoeducación. En la intervención se obtuvo en general una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados obtenidos en el instrumento de asertividad arrojan datos también favorables para el incremento de esta conducta.

CAPÍTULO I.

“Si no nos ayudamos entre todas las mujeres, ¿quién nos va a ayudar?” “Yo pensaba que solo a mí me pasaba todo esto”.

Mujeres sobrevivientes de violencia de pareja

Definición y clasificación de violencia

El concepto de violencia es muy amplio, diversas disciplinas e investigadores lo han definido desde su propia perspectiva. A continuación se expondrán algunos conceptos de violencia, de violencia familiar y de violencia hacia las mujeres publicadas por algunos autores, organizaciones o instituciones de salud.

Corsi (1994) define a la violencia como una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza, la cual puede ser física, económica o política. La violencia es una “conducta humana (acto u omisión) con la que se pretende someter y controlar los actos de otra persona; como consecuencia de ello se ocasiona un daño o una lesión y se transgrede un derecho. Se produce siempre en un esquema de poderes desiguales, donde hay un arriba y un abajo que pueden ser reales o imaginarios” (Torres, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física y el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Informe Mundial sobre la Violencia y la

Salud, 2002).

La Norma Oficial Mexicana de Atención Médica de la Violencia Intrafamiliar define a la violencia familiar como: “el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder, en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico, donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono” (NOM-190-SSA1, 1999).

Echeburúa y Corral (1998) mencionan que “la conducta violenta en el hogar constituye un intento de controlar la relación y es el reflejo de una situación de abuso de poder, por ello se ejerce por parte de quienes detentan ese poder, varones y la sufren quienes se hallan en una posición más vulnerable, mujeres y niños”

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1994, definió a la violencia de género como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

La violencia contra la mujer es “toda conducta basada en su género que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado” (Convención Interamericana, Belém, Do Pará; 1994)

Bosh y Ferrer en el 2002, mencionan que el concepto de violencia de género es muy amplio, que abarca todas las posibles formas de violencia cuyo denominador común es que son ejercidas contra las mujeres por el mero hecho de serlo. Como se observa, en todas las definiciones expuestas se destaca que la violencia es un acto donde se pretende ejercer poder y causar daño sobre otra persona. En nuestro país y en la mayoría de los países del mundo la cultura y la política han puesto en una posición superior a los hombres respecto de las mujeres y esto ha permitido ejercer poder sobre el sexo femenino desencadenando violencia, la cual ha tomado diferentes matices y caminos.

Las formas de violencia se pueden categorizar según distintas variables: los individuos que sufren violencia (por ejemplo, violencia hacia: mujeres, niños, ancianos y discapacitados), la naturaleza de la agresión (violencia psicológica, física y sexual), el motivo (violencia política, racial, instrumental, emocional) y la relación entre la víctima y la persona que comete el acto de violencia (violencia familiar, violencia entre amigos o entre desconocidos) (Buvinić, Morrison y Shifter, 1999).

Por otro lado la Norma Oficial de Atención Médica de la Violencia Intrafamiliar señala que existen cuatro formas de violencia:

- 1) Abandono, definida como “acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tiene obligaciones, que se derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud”.

- 2) Maltrato físico: “Acto de agresión que causa daño físico”.
- 3) Maltrato psicológico: “Acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos, incluye episodios de intimidación, comentarios despectivos y humillaciones”.
- 4) Maltrato sexual: “Acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de practicas sexuales no deseadas o respecto a las cuales se tiene incapacidad para consentir, comprende la prohibición de libre acceso y uso de métodos anticonceptivos y para prevención de infecciones de transmisión sexual”.

Es importante mencionar que la Norma no especifica cuales son las conductas que provocan un daño físico, sin embargo Torres en el 2001, menciona que esta violencia implica un sometimiento corporal que se puede llevar a cabo con el cuerpo del agresor o con algún objeto: golpes, heridas, jalones de cabello, cintarazos, inmovilización de la víctima, encierro, mutilaciones, métodos de tortura, homicidios y que la violencia física por omisión consiste en privar a alguien de alimentos, bebidas o medicinas. En la definición establecida de maltrato psicológico otros autores mencionan además de los señalados por la Norma: gritos, sarcasmos, engaños, manipulación, desprecio, amenazas y destrucción de objetos de la víctima (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Torres, 2001).

Antecedentes históricos del estudio de la violencia hacia la mujer

El estudio de la violencia hacia la mujer surge a mediados del siglo XX, debido al cambio de las normas culturales, el cual fue provocado principalmente por la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los movimientos de derechos civiles y de liberación de la mujer, hizo que esferas y conductas que se habían considerado históricamente como privadas se convirtieran en materia de debate público. Primero, se descubrió el problema del maltrato infantil cuando varios equipos de pediatras comenzaron a cuestionar el pretendido carácter accidental de las lesiones físicas de los niños que llegaban a sus consultas (Helfer y Kempe, 1968). Después se hallaron los malos tratos en la mujer y esto se dio gracias al producto de la lucha política y de la denuncia del movimiento de liberación de la mujer y más específicamente de lo que se ha denominado como el movimiento de las mujeres maltratadas. El pensamiento feminista y radical de los 60, 70 y 80 concebía a la violencia contra la mujer como el fundamento mismo del patriarcado y a su vez causa y consecuencia de las desigualdades de género (Medina, 2002).

En el mundo entero, durante esta época se comenzaron a realizar diversas conferencias, declaraciones y tratados que abordaban la problemática de la situación desigual de la mujer, y de la violencia que ocurre en los hogares.

A continuación se presenta una tabla donde se describen algunas de estas conferencias por orden cronológico, resaltando las más relevantes, en función de los cambios que produjeron a nivel internacional y nacional.

Tabla 1.1. Conferencias internacionales relacionadas con la violencia

hacia la mujer.

Año	Acontecimiento	Lugar
1975	"Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer" Los temas principales fueron la igualdad de las mujeres en el ámbito político, laboral y civil.	Ciudad de México
1979	"Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" Se abordaron los temas de igualdad de derechos para las mujeres en todos los ámbitos y prohibición de la discriminación.	Asamblea General de Naciones Unidas.
1980	"Primera Conferencia Mundial del Decenio de Naciones Unidas para la Mujer". Se reconoce el fenómeno de la violencia hacia la mujer como una forma de violación a los derechos humanos de las mujeres.	Copenhague Dinamarca
1981	"Primer Encuentro Feminista de América Latina y el Caribe". Se denunció a la violencia sexual contra la mujer y declaró el 25 de Noviembre como el Día Internacional para terminar con toda forma de violencia contra la mujer.	Bogotá
1983	"Segundo Encuentro Feminista de América Latina y el Caribe" Se planteo la necesidad de establecer casas de ayuda a las mujeres maltratadas y se enfatizó de la importancia de realizar investigaciones sobre el tema.	Perú
1993	"Conferencia de Derechos Humanos" Se evidencio la necesidad de reconocer explícitamente los derechos humanos de las mujeres.	Viena
1994	"Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Res. A. G. 48/104, ONU, 1994)". Primer instrumento internacional de derechos humanos que aborda de forma explícita la violencia de género.	Asamblea General de Naciones Unidas.
1994	La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Se llegaron a acuerdos para el abordaje de la violencia.	Belém Do Pará Brasil.
1994	"Conferencia de Población y Desarrollo" Se introdujo el tema de la violencia como un mecanismo de control de la salud y la sexualidad reproductiva, además de exponer que es un obstáculo en ejercicio de los derechos de las mujeres.	El Cairo
1995	"Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Se señalaron como prioritarios tres objetivos: prevención, eliminación e investigación de la violencia.	Beijing, China

En la tabla 1.1 se puede observar que los avances relativos al reconocimiento

de la violencia hacia la mujer como una problemática internacional han sido muy lentos, aunque sí se han dado grandes cambios para la prevención y atención de la misma. También se puede analizar que al principio el tema a tratar en estas conferencias no era explícitamente la violencia, sino la desigualdad entre los hombres y las mujeres. El reconocimiento de la desigualdad de sexos como una problemática social ayudó a fundar las bases para que se abordara el tema de la violencia hacia la mujer en décadas posteriores. No es sino hasta la conferencia de Beijing donde se plantea abiertamente la problemática de la violencia hacia las mujeres, lo que da pauta para que a finales de los 90, y hasta el momento, se realicen estudios, investigaciones, reformas políticas, surjan instituciones gubernamentales dedicadas a atender a la mujer y a tratar directamente esta problemática.

México ante la violencia hacia la mujer

En México se puede observar que la lucha en contra de la violencia hacia la mujer ha sido similar a la del resto del mundo, primero fueron las organizaciones no gubernamentales como el Centro de Apoyo a las Mujeres Violadas (CAMVAC, 1978), el Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC, 1984), el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Domestica, (CECOVID, 1987), la Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas (ADIVAC, 1986) y los programas universitarios de atención a víctimas de violación tanto en la Facultad de Psicología de la UNAM, como en la ENEP Iztacala, donde surge el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV), las cuales iniciaron con el trabajo de la problemática

de la violencia y a realizar denuncias en contra de la misma (Campos, 2000).

Posteriormente fueron surgiendo cambios en algunas leyes que contemplan el problema de la violación y de la violencia familiar. En 1984 se modificó el Código Penal para el DF en el que se incrementó la sanción por el delito de violación de una pena de 2 a 8 años a otra de 6 a 8 años (González, 1996). En 1989 se estableció la primera Agencia Especializada en Delitos Sexuales, dependiente de la Procuraduría de Justicia de DF en las delegaciones Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza y Coyoacán (De Barbieri, 1990).

Finalmente en 1994, se incorporó el interés estatal en la atención del problema y surgieron dos programas: el Programa Nacional de la Mujer y el Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar, esto se logra gracias a la participación de las organizaciones no gubernamentales, instituciones del estado y academias (Campos, 2000).

El Programa Nacional de la Mujer 1994-2000 PRONAM surge gracias a los acuerdos logrados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, en 1995, sus objetivos en cuanto a violencia fueron: erradicar la violencia contra las mujeres y promover una cultura de la igualdad mediante imágenes plurales, equilibradas y no discriminatorias de la mujer (CONMUJER, 1999).

El Programa Nacional Contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000 PRONAVI, se

diseño para atender integralmente el fenómeno de la violencia intrafamiliar y sus objetivos consistieron en: a) detección de los casos de violencia intrafamiliar, b) atención de las personas involucradas en relaciones de violencia dentro de la familia, c) prevención de la violencia intrafamiliar, d) evaluación e información e) comunicación y enlace interinstitucional (Campos, 2000).

Gracias al PRONAVI, se crea la Norma Oficial Mexicana de Atención Médica de la Violencia Intrafamiliar. Con la elaboración de la NOM-190 el Gobierno de México brindó el cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer, que se encuentra plasmada en todos documentos y convenciones señaladas (Jiménez, 2003).

Posteriormente en el 2001 se crea el Instituto Nacional de las Mujeres, (INM) su objetivo principal es crear y desarrollar una cultura de igualdad y equidad libre de violencia y discriminación, capaz de propiciar el desarrollo integral de todas las mujeres mexicanas y permitir a hombres y mujeres ejercer plenamente todos sus derechos, en este instituto se desarrolló el Programa Nacional por una Vida sin Violencia el cual es prioritario para el INM y su objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

A su vez la Secretaria de Salud implementó el Programa Mujer y Salud

(PROMSA, 2001-2006) el cual es una iniciativa destinada a incorporar la perspectiva de género en el sector salud. Sus objetivos en cuanto a la violencia son: 1) contribuir a reducir la violencia familiar, sexual y su consecuente impacto en la salud especialmente en las mujeres, las niñas y los niños. 2) realizar investigación sobre la magnitud y distribución e impacto de la violencia familiar y sexual en México, disponibilidad accesibilidad y utilización de servicios de salud integral para estos tipos de agresión, así como la calidad de atención brindada en estos casos. 3) diseñar y evaluar modelos de prevención y atención integral de la violencia familiar y sexual y desarrollar en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres estrategias y materiales educativos para capacitar al personal operativo de los servicios de salud en la detección y manejo integral de dichos casos de violencia. 4) sensibilizar a directivos y gerentes de instituciones de salud sobre la importancia en la detección y atención oportuna y dar cumplimiento a la Norma-190.

Gracias al Programa Mujer y Salud en el 2004 se edita el Modelo Integrado Para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual en instituciones de salud (VFS) su objetivo es “proporcionar una atención de calidad a las mujeres que viven en situación de violencia, con el fin de prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no violencia”, este modelo fue implementado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán.

Estadísticas

En el mundo no existen datos concretos acerca del número de mujeres que son víctimas de violencia en el hogar. Sin embargo el Banco Mundial ha reportado que al menos una de cada cinco mujeres ha sido golpeada o abusada sexualmente en su vida. La Organización Mundial de la Salud reportó a partir de 40 estudios cuantitativos llevados a cabo en 24 países durante el año 2000, que entre 20% y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos una de cada cinco mujeres sufre violación o intento de violación en el transcurso de su vida (OMS, 2002).

Se estima que en América Latina y el Caribe, el 50% de las mujeres padece algún tipo de violencia dentro de la familia (UNIFEM, 2001). La Organización Panamericana de la Salud, reporta que del 45% al 60% de los homicidios contra mujeres se realizan dentro de la casa y que la mayoría de estos homicidios son cometidos por el marido o el conviviente. Asimismo, indica que los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que han sufrido violencia que entre las que no la han padecido.

En el 2002, en México, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud, realizaron la primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, (ENVIM) en donde se encontró que de 26,042 mujeres entrevistadas el 21.5% reportó vivir violencia con su pareja actual. Se señaló que la violencia psicológica era la más utilizada por los agresores ya que el 19.6% de las mujeres la refirió, después la física 9.8%, la sexual 7% y finalmente la económica con 5.1%.

En el 2003 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), junto con el Fondo de Naciones Unidas para el desarrollo de la Mujer realizaron la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) en este estudio se acudió a 20,160 viviendas, donde habitaban mujeres de 15 años y más con una pareja residente en el hogar. En esta encuesta se encontró que el 46.6% de las mujeres que viven con pareja han sufrido al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses, siendo el grupo de entre 15 y 19 años con los más altos índices de porcentajes de violencia. La violencia con mayor porcentaje fue la emocional con 38.4%, seguida de la económica con 29.3%, la física con 9.3% y finalmente la sexual con 7.8%.

CAPÍTULO II

"Cuando pienso en regresar con mí pareja, me toco mí mandíbula me doy cuenta que se encuentra desviada, recuerdo todo el infierno y desaparecen las ganas." "...Entonces, se arrodilló ante mí saco una navaja y comenzó a grabar su nombre en mí abdomen".

Mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

Relación entre violencia hacia la mujer y la salud

La violencia hacia la mujer es un problema que afecta diversas áreas su vida. Una de las áreas más afectadas es su salud. La OMS en 1978 señaló que la salud es un "estado completo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad". Las mujeres sobrevivientes de cualquier tipo de violencia se encuentran inmersas en situaciones altamente estresantes, lo cual puede llevar al desarrollo de diversas problemáticas físicas y psicológicas, que afectan gravemente su salud.

Campos, (2000), menciona que la violencia hacia la mujer es un problema de salud pública y que existen numerosas investigaciones donde se establecen los efectos nocivos que ocasiona la violencia en la salud de las mujeres, así como su impacto económico en los gastos de los servicios de salud y en los días no laborables.

En la Ciudad de México la violencia familiar ocupa el tercer lugar, después de la diabetes mellitus y de los problemas del parto, en cuanto a pérdida de años

de vida saludable. En esa ciudad también se ha detectado que la violencia conyugal es la causa de la pérdida del 37% de años de vida saludable, debido a homicidios, suicidios, maltrato, lesiones auto infligidas, trastornos neuropsiquiátricos y reproductivos, entre otras problemáticas (Lozano, 1999).

Por todo lo anterior se considera muy importante la participación de los profesionales de la salud para la atención de las mujeres sobrevivientes de violencia, con el fin de reestablecer su calidad de vida. Las mujeres víctimas de violencia acuden a los servicios de salud por la atención de lesiones directamente relacionadas con la violencia de pareja o por cualquier otra necesidad de salud. Esto representa grandes oportunidades para detectar a las mujeres sobrevivientes de violencia. El psicólogo especializado en medicina conductual, que se encuentra inserto en un escenario hospitalario bien puede realizar detección, brindar tratamiento y seguimiento a las mujeres víctimas de violencia.

Consecuencias físicas de la violencia

Con base a múltiples investigaciones, la OMS en el 2002 indicó que las consecuencias físicas de la violencia son: lesiones abdominales, moretones, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos del aparato digestivo, síndrome del colón irritable, desgarres y abrasiones, lesiones oculares y mengua de las funciones físicas.

En el ámbito de la salud reproductiva se han encontrado el mayor número de evidencias estadísticamente significativas entre la relación entre ser víctima de violencia y tener problemas de salud. Existen datos que asocian a la violencia física y sexual con el padecimiento de cáncer cervicouterino, (Coker, Sanderson, Fadden y Pirisi, 2000), y el ser portadora de VIH (Koenig y Moore, 2000).

En el 2001 Augenbraun, Wilson y Alliser, llevaron a cabo una investigación donde midieron la prevalencia de violencia doméstica en una muestra de mujeres que presentaba síntomas clínicos de infección de transmisión sexual. Los autores encontraron que de 375 pacientes, el 37.6% refirieron haber tenido violencia física y el 32.8% violencia psicológica. La violencia física presentó una asociación estadísticamente significativa con una historia médica de infecciones de transmisión sexual.

También se ha encontrado que las mujeres que tuvieron un abuso sexual en la infancia tienen un alto riesgo de padecer enfermedad pélvica inflamatoria en años posteriores al abuso (Champion, Piper, Holden, Karte, Shain, 2004).

En una investigación de mortalidad materna realizada en el 2003, Espinoza, Hernandez, Campero, Walter, Reynoso y Lanyer, realizaron autopsias verbales y encontraron que muchas de las muertes de mujeres embarazadas y puérperas, estuvieron relacionadas con violencia.

Por otra parte, investigaciones en nuestro país, y en el resto del mundo, como

las de Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre, 1996; Núñez-Rivas, Monge-Rojas, Gríos-Dávila, Elizondo-Ureña y Rojas-Chavarría, 2003; Neggerd, Goldenberg y Cliver en el 2004, revelan que las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y postparto inmediato, además de tener cuatro veces más riesgo de tener productos de bajo peso, con respecto a la población control.

Consecuencias psicológicas

Las consecuencias del maltrato son profundas y van más allá de la salud y de la felicidad de los individuos, para afectar el bienestar de toda la comunidad. Vivir en una relación violenta afecta al sentido de autoestima de una mujer y su capacidad de participar en el mundo (OMS, 2002).

Los padecimientos psicológicos que se han relacionado más con la violencia doméstica son la depresión (Lehrer, Buka, Gartmaker y Sollere, 2006; Fergusson, Horwood, Ridder, 2005; Yick, Shibusawa, y Agbayani-Siewert, 2003), la ansiedad, (Ramos, Carlson y McNutt, 2004), el trastorno de estrés postraumático (Taft, Murphy, King, Dedeyen y Musser; Baker, Narris, Diaz, Murphy, Hill 2005; Hou, Wang y Cheng, 2005), el abuso de alcohol o drogas. Vivir en violencia puede incluso llevar a las mujeres a la ideación e intento suicida u homicida (Valdez y Juárez, 1998). Se ha encontrado, además, un mayor riesgo en estas pacientes de padecer algún trastorno de la alimentación (Ackard, Neumark-Sztainer, 2003).

Llamas, en el 2000 menciona que las mujeres maltratadas comparten una serie de características psicológicas como: baja autoestima, asertividad deficiente y escasa capacidad de iniciativa, que facilitan la cronificación del problema y la adopción de conductas de sumisión. Por otro lado Elu y Pruneda (2000) señalan que la mujer maltratada se aísla, porque a veces así se lo exige el agresor (como mecanismo de control sobre ella), y por la vergüenza que siente ante su situación. Este aislamiento, a su vez, conduce a una baja autoestima y mayor dependencia de la pareja, al mismo tiempo que le obstaculiza para recibir ayuda, dificultando aún más tomar decisiones para salir de la situación de violencia.

Medina-Rivera (2000) menciona que la víctima de maltrato tiende a ocultar su angustia, impotencia y miedo, a asumirse como “culpable” y proteger a su marido, bajo el supuesto de defender la estabilidad de su familia.

Walker, (1994) describió el síndrome de la mujer maltratada. Él menciona que las características de estas mujeres son: culpabilidad, baja autoestima, confusión, incapacidad de concentrarse, trastornos en los hábitos alimenticios y de sueño, sensación de no poder comunicarse con los demás, disfunciones sexuales, timidez, depresión, furia o miedo prolongado.

El Modelo integrado de atención a la violencia intrafamiliar y sexual, editado por la Secretaría de Salud en el 2004, señala que las mujeres víctimas de violencia pueden presentar indefensión aprendida, definida como “la obediencia pasiva al entorno cuando todos los esfuerzos por transformarlo no logran causar

ningún efecto, ni la situación se modifica”. Los resultados de la indefensión aprendida son resignación, desgaste, depresión y culpa, los cuales traen como consecuencias cansancio físico y emocional.

El Síndrome de Estocolmo descrito por Gram, Rawlings, y Rimini (1998) como una explicación al vínculo emocional que se crea entre los rehenes y sus captores. Torres (2001) menciona que este síndrome puede explicar las respuestas psicológicas de las mujeres maltratadas, por la relación afectiva de la mujer que se establece con el agresor. Los síntomas y signos de este síndrome son: agradecer intensamente las pequeñas amabilidades del agresor, negar la violencia recibida, negar la rabia hacia el agresor, estar en constante estado de alerta para satisfacer las necesidades del agresor, dificultad para abandonarlo aún cuando él tenga responsabilidad del maltrato, tener miedo de que el agresor regrese aún cuando esté muerto o en la cárcel, y presentar síntomas de estrés postraumático.

Instrumentos de medición para violencia

Se han realizado diversos instrumentos para la medición de la violencia hacia la mujer en Estados Unidos. Los dos instrumentos más utilizados son el Conflict Tactics Scales (CTS) y el Index of Spouse Abuse (ISA).

El CTS, elaborado en 1979 por Straus, clasifica las conductas en tres categorías: soluciones racionales, agresión psicológica, (abandono y verbal) y agresión física. El ISA, publicado en 1981 por Hudson, y McIntosh, obtiene el

índice del abuso cometido por parte del hombre hacia la mujer.

Se encontraron en la literatura tres instrumentos realizados en México para la medición de la violencia. Cervantes (1999) construyó un inventario para evaluar el maltrato emocional en mujeres. Rojas (2000) desarrolló un inventario para evaluar el maltrato psicológico en mujeres. Castro (2004) construyó con base al CST y al ISA un instrumento que mide la severidad de la violencia contra mujeres mexicanas.

Existen investigaciones donde se compara la aplicación de instrumentos escritos de medición de violencia contra el realizar una entrevista directa. Los estudios de Morrison, 2000, Canterino, 1999, Pan, 1997 Norton, 1995, y Smith y Martin, 1995, refieren que se ha encontrado una mayor índice de detección de pacientes víctimas de violencia por medio de la utilización de instrumentos psicológicos escritos.

En 1997, Pan, Ehrensaft, Heyman, O'Leary y Schwartz, reportaron que el tratamiento de la violencia doméstica por el personal médico se ve limitado por la falta de un instrumento simple y confiable, que rápida y sistemáticamente determine la prevalencia de la violencia en las pacientes. Nelson, Nigren, McInemey y Klein, (2004), señalaron que la literatura acerca de la violencia familiar o de pareja es extensa, pero que pocos estudios proveen datos acerca de cómo detectar y manejar a las pacientes víctimas de violencia, por parte de los médicos y del personal de salud.

En nuestro país han sido pocos los instrumentos que se han creado para la detección de la violencia en escenarios hospitalarios. El modelo integrado de atención a la violencia intrafamiliar y sexual, propone una entrevista estructurada con la paciente (Anexo 1). Esta herramienta está compuesta por reactivos que se dividen en tres áreas: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual.

Tratamientos cognitivos conductuales para violencia

La Terapia cognitiva conductual tiene como objetivo modificar los pensamientos y conductas que contribuyen a los problemas del paciente a través de técnicas basadas en la investigación científica (Trull y Phares, 2003).

Como se mencionó, uno de los padecimientos que se ha relacionado con el ser víctima de violencia es el Trastorno de Estrés Postraumático. Se ha encontrado evidencia estadísticamente significativa en diversos artículos de investigación acerca de los cambios positivos que se producen a través de la terapia cognitivo conductual con pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático.

Los trabajos que ha publicado la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático se han enfocado con diferentes poblaciones como: ejecutores de violencia, escolares, veteranos de guerra, víctimas de violación o abuso sexual. Sin embargo muy pocos han abordado la problemática de las mujeres que viven en situación de violencia de pareja.

Las intervenciones que han sido publicadas para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático para poblaciones diversas han utilizado las siguientes técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales: control de estímulos (De viva, Zayfert, Pigeon y Mellman, 2005), reestructuración cognitiva (De viva, Zayfert, Pigeon y Mellman, 2005; Monson, Rodríguez y Warner, 2005; Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Elliott y Fink, 2003), psicoeducación (De viva, Zayfert, Pigeon y Mellman, 2005; Silva, Cloitre, Davis, Levitt, Gómez, Ngai y Brown, 2003), prevención de recaídas (De viva, Zayfert, Pigeon y Mellman, 2005; Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Elliott y Fink, 2003), entrenamiento en respiración diafragmática (Monson, Rodríguez y Warner, 2005; Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Elliott y Fink, 2003), detención de pensamientos negativos (Snodgrass, 1993), entrenamiento en estrategias de afrontamiento, solución de problemas (Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Elliott y Fink, 2003), relajación progresiva (Monson, Rodríguez y Warner, 2005), habilidades de asertividad y de escucha activa (Monson Rodríguez y Warner, 2005), exposición al evento traumático por medio de imaginación, pensamientos, dibujos o escritura (Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Elliott y Fink, 2003; Silva, Cloitre, Davis, Levitt, Gómez, Ngai y Brown, 2003); e identificación de creencias positivas acerca de su persona (Silva, Cloitre, Davis, Levitt, Gómez, Ngai y Brown, 2003).

En 1998, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta desarrollaron, implementaron y evaluaron un tratamiento cognitivo conductual para mujeres víctimas de maltrato, cuyo objetivo fue la reconstrucción de la autoestima, la búsqueda de apoyo social, el fomento de conductas de independencia y el desarrollo de afrontamientos adecuados. Las técnicas terapéuticas utilizadas

en este trabajo fueron: entrenamiento en relajación, entrenamiento en el control del comportamiento agresivo, entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en solución de problemas, expresión emocional y reevaluación cognitiva. Los autores han encontrado eficacia de este programa.

En México (Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa, 2006) desarrollaron un estudio para examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual en la autoestima, afrontamiento y asertividad en cónyuges sobrevivientes de maltrato de bebedores problema. Los resultados que muestran que existieron cambios clínicos y estadísticamente significativos en asertividad, afrontamiento y autoestima.

CAPÍTULO III

"Mi pareja no me hace la vida de cuadritos, me la hace de puntitos" "¿Cómo permití que mí pareja me contagiara de VPH? ¿Por qué a mí, por qué tengo ese maldito virus?" "Pienso que ya no valgo nada"

Mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

Método

Estudio I

Justificación

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y es actualmente reconocida como un problema de salud pública (Ragier, et.al. 1988; Wells, et.al. 1989 y Blazer, et.al.1994). Una de las consecuencias más graves de la depresión severa son los actos suicidas, los cuales afectan profundamente a los familiares de las víctimas.

Existen diferentes situaciones vitales que pueden producir depresión en las mujeres. Dentro de éstas se encuentran el embarazo y el alumbramiento, pues los cambios físicos, emocionales y sociales que se presentan durante esta etapa de la vida de una mujer pueden repercutir en su estado de ánimo (Gutierrez y Valles, 1998). Por estas razones se hace evidente que las mujeres que se recuperan de un embarazo, son una población en riesgo para padecer trastornos del estado de ánimo, como lo es la depresión. También se hace patente la necesidad de conocer de forma más precisa la prevalencia y los

factores de riesgo de la depresión en esta población, para poder conocer con una mayor profundidad la problemática de estas pacientes.

Objetivo

Conocer la prevalencia de depresión en mujeres en puerperio y las variables asociadas a ésta.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 102 mujeres mexicanas, residentes del Estado México, que asistieron al Hospital General de Atizapán a la atención de su parto, durante octubre y noviembre del 2004.

Los criterios de inclusión para la participación en la investigación fueron: aceptación para contestar los instrumentos de evaluación y ser entrevistadas, firma de consentimiento informado, contar con habilidades de lecto-escritura, y haber tenido un recién nacido vivo y sano. Los criterios de exclusión fueron: presentar alguna alteración psiquiátrica, retraso mental o ser extranjeras.

Medición e instrumentos

1. Inventario de Depresión de Beck (1979); estandarizado para población mexicana. Compuesto por 21 reactivos. Consta de cuatro opciones de respuesta y clasifica a la depresión en leve, moderada y severa.
2. Lista de cotejo de situaciones vitales. Basada en Holmes-Rahe, 1967. Consta de 25 ítems de situaciones vitales. Los reactivos estuvieron compuestos por respuestas dicotómicas, que revisaban situaciones

vitales de los últimos doce meses de vida.

Diseño

Transeccional causal

Procedimiento

Las entrevistas y los cuestionarios fueron aplicados en un lapso no mayor de 48 horas después del parto. El rango de tiempo de la aplicación de los cuestionarios y de la entrevista fue de 15 a 40 minutos. Las pacientes se entrevistaron en sus camas, durante su hospitalización. Las instrucciones que se les brindaron fueron las siguientes: *“El Servicio de Ginecología y Obstetricia esta llevando a cabo encuestas con todas las pacientes hospitalizadas, con la finalidad de realizar programas para mejorar la atención de las usuarias”*. Si la paciente cumplía con los requisitos de inclusividad se procedía a realizar la evaluación. Posteriormente se llevaba a cabo una entrevista para recabar los datos sociodemográficos. Las pacientes en las que se detectó depresión severa y/o violencia fueron canalizadas para su atención psicológica consulta externa.

La captura de los datos y el análisis estadístico de la información se realizó mediante el programa SSPSS versión 11. Los datos sociodemográficos se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes (Tabla 1.2). Se analizó el porcentaje de pacientes con depresión en toda la muestra, posteriormente se clasificó a las pacientes por grado de depresión (Grafico 1). Se dividieron las pacientes en dos grupos: A) pacientes con depresión severa y B) pacientes sin depresión. Para evaluar si existían diferencias entre los datos sociodemográficos de los dos grupos se utilizó la prueba Chi cuadrada

(Tabla1.2). Posteriormente se realizó un análisis de frecuencias para las situaciones vitales. Para evaluar las diferencias estadísticas entre los grupos y las situaciones vitales se utilizó la prueba de Chi cuadrada (Gráfico 2). Por medio de frecuencias se determinó el porcentaje de mujeres del total de la muestra que fueron víctimas de algún tipo de violencia en los últimos doce meses (Gráfico 3).

Resultados

El 36.3% de las participantes fueron originarias del Estado de México, el 33.3% del D.F. y 30.4% de otros estados de la república. La muestra estuvo compuesta por mujeres entre los 15 y los 42 años de edad, con una media de 23.4 años. De las 102 mujeres evaluadas el 40.1% informó haber cursado estudios de primaria. El 93.1% de las entrevistadas indicó practicar la religión católica. El 95.1% se dedicaba al hogar. Al momento de la entrevista, el 82% de las pacientes evaluadas vivían con su pareja, el rango de tiempo de vivir con ésta fue de 4 meses a 16 años. El 58.8% de las pacientes fue multigesta, con un rango de 2 a 5 hijos. El 80.4% tuvieron eutocia. Las participantes informaron también la escolaridad y ocupación de sus parejas: el 44.1% tenía estudios de secundaria y el 44.1% eran obreros o se dedicaban a realizar algún oficio.

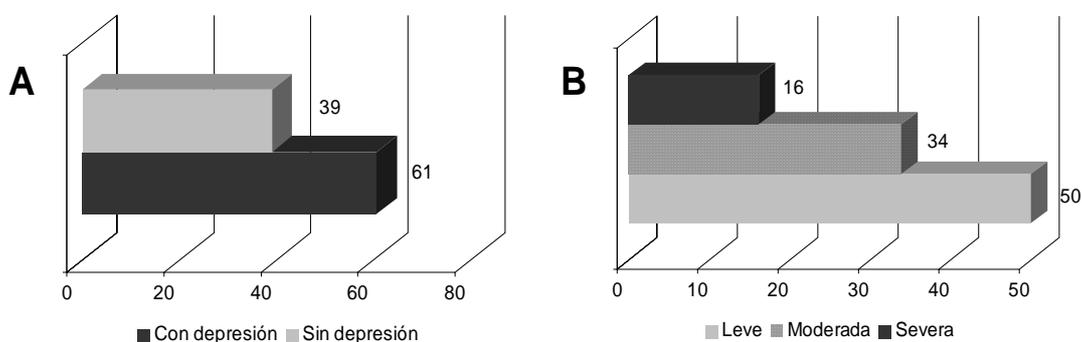
Tabla 1. 2 Características sociodemográficas de la muestra.

Características de la muestra	Frecuencia (%)			P
	Muestra total N=102	Mujeres sin depresión N=92	Mujeres con depresión N=10	
Edad				0.72
15-42	27 (26,4)	25 (27,1)	2 (20)	
20-29	63 (61,7)	56 (60,8)	7 (70)	
30-39	9 (3,8)	8 (8,6)	1 (10)	
40-42	3 (2,9)	3(3,2)		
Lugar de Nacimiento				0.924
Edo. México	37 (36,3)	35 (38,0)	2 (20)	
DF	34 (33,3)	31 (33,7)	3 (30)	
Otro Estado	31 (30,4)	26 (28,3)	5 (50)	
Ocupación				0.141
Ama de casa	97 (95,1)	87 (93,5)	10 (100)	
Empleada Doméstica	4 (3,9)	4 (4,3)		
Estudiante	1 (1,0)	1 (1,1)		
Estado civil				0.288
Viviendo con su pareja	84 (82)	77 (83,6)	7 (70)	
Viviendo sin pareja	18 (17,6)	15 (16,3)	3 (30)	
Escolaridad				0.411
De 1 a 6 años	41 (40,1)	37 (40,2)	4 (40)	
De 7 a 9 años	43 (34,3)	38 (41,3)	5 (50)	
De 10 a 12 años	17 (16,6)	16 (17,3)	1 (10)	
De 13 a 16 años	1 (.98)	1 (1,08)		
Religión				0.149
Católica	95 (93,1)	86 (93,5)	9 (90)	
Otra	3 (2,9)	3 (3,3)		
S/R	4 (3,9)	3 (3,3)	1 (10)	
Número de partos				0.444
Primigesta	42 (41,1)	37(40,2)	5(50)	
Multigesta	60 (58,8)	55(59,7)	5(50)	

En la tabla 1.2 se muestran las características sociodemográficas de la muestra. Como se observa no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los datos sociodemográficos para las mujeres con depresión y sin depresión.

El inventario de depresión de Beck se analizó por medio de porcentajes de prevalencia de depresión en la muestra (Gráfico 1A) y el grado de severidad de la misma (Gráfico 1B).

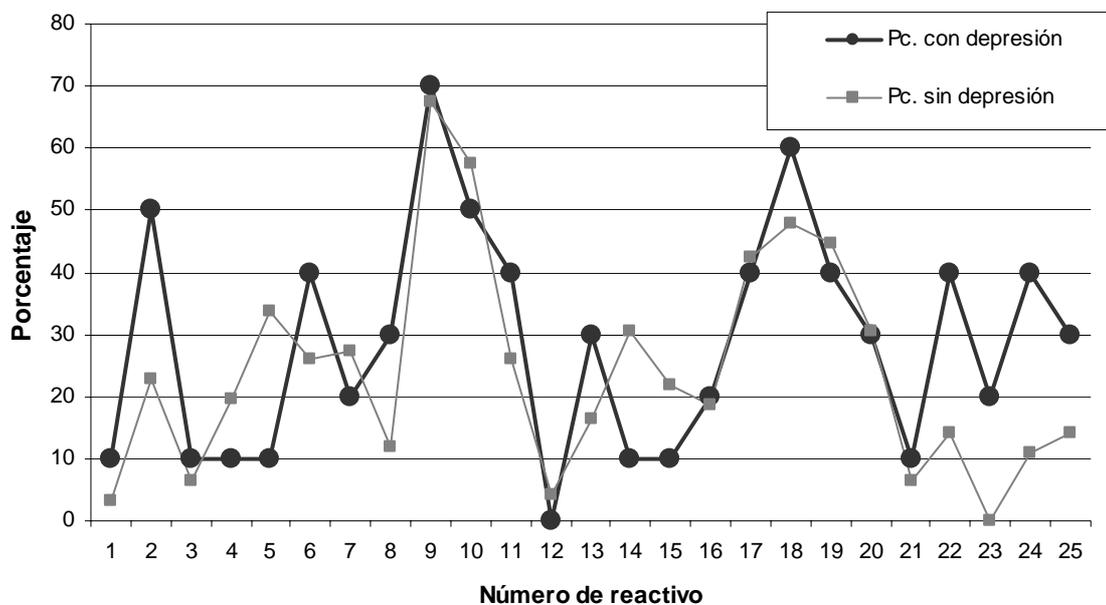
Gráfico 1. A) Porcentaje de depresión en la muestra. B) Clasificación de las pacientes con depresión por grado de severidad (porcentaje).



En el Gráfico 1A, se observa que el 61% de las pacientes padecía depresión y que 39% no tenía depresión. En el Gráfico 1B se muestran los diferentes grados de depresión que tuvieron las pacientes; el 50% presentó depresión leve, el 34% moderada y el 16% tuvo depresión severa.

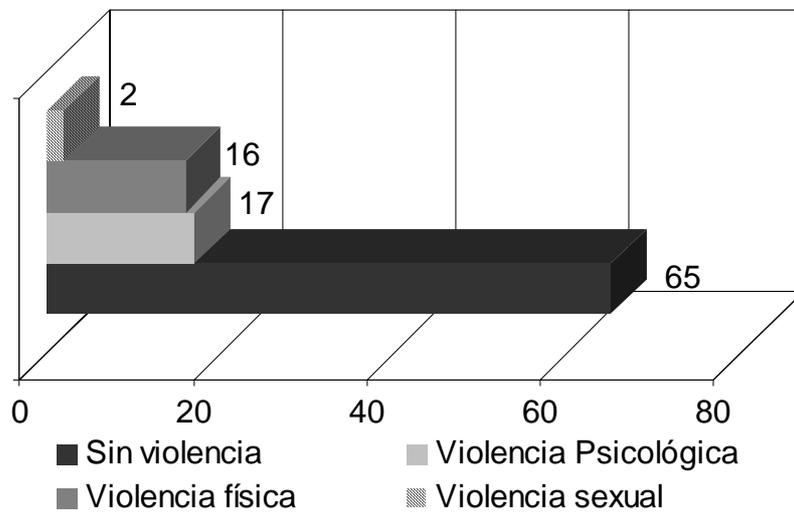
Para realizar el análisis de las situaciones vitales (Anexo 2 y Gráfico 2) la muestra fue dividida en dos grupos: las pacientes con depresión severa y las pacientes sin depresión severa (Gráfico 2). Debido a que las situaciones vitales con asociación estadísticamente significativa a la depresión estuvieron relacionadas con la violencia (Gráfico 2), se revisó la prevalencia de ésta en toda la muestra (Gráfico 3).

Gráfico 2. Porcentajes de situaciones vitales en pacientes con y sin depresión.



En el Grafico 2 se observan los reactivos que de acuerdo con los resultados obtenidos del análisis mediante la prueba de Chi cuadrada resultaron con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos fueron: Insultos, humillaciones, ridiculización por parte de la pareja (reac.22) .037 ($p < 0.05$), el ser forzada a tener contacto sexual o relaciones (reac. 23) .000 ($p < 0.05$) y haber tenido abandono por parte de la pareja (reac. 24).011 ($p < 0.05$).

Gráfico 3. Porcentaje de violencia en la muestra



En el Gráfico 3 se observa que 35% del total de pacientes fueron víctimas de algún tipo de violencia dentro de los últimos 12 meses. Se encontró que el 17% de las pacientes ha sido víctima de violencia psicológica, el 16% de las mujeres entrevistadas informaron haber recibido golpes o algún daño a su cuerpo, y el 2% de las pacientes mencionaron que fueron forzadas a tener contacto sexual.

Discusión y conclusiones

En nuestro país no se han realizado investigaciones relativas a la prevalencia de la depresión en una población tan vulnerable como lo son las mujeres puérperas. El hecho de presentar una sintomatología moderada o severa de depresión tan solo 48 horas después del parto, puede elevar el riesgo de que las mujeres presenten depresión postparto. La prevalencia de depresión severa en la muestra total fue del 10%. Este concuerda con la prevalencia de los trastornos afectivos, según la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica, (Medina-Mora, 2003). Sin embargo, es posible que debido a los factores psicológicos y fisiológicos que predisponen a las mujeres en puerperio que la cifra se incremente en los meses que siguen al alumbramiento. Por esta razón se quiso detectar qué situaciones vitales se asocian a la depresión severa en puérperas, con el fin de canalizarlas de forma temprana a servicios de atención psicológica.

Se observó que uno de los principales factores asociados a la depresión severa fue el que las pacientes sean víctimas de violencia física, psicológica o sexual, o abandono. Estos resultados concuerdan con investigaciones de otros países (Sutherland, Bybee y Sullivan 1998; Yick, Shibusawa y Agbayani-Siewert, 2003; Johnson, y Behight, 2003).

La mitad de las pacientes con depresión severa fueron migrantes de otros estados de la República. Esto puede deberse a que en estas pacientes el grupo primario de apoyo se encuentra lejos, y quizá vuelva a estas mujeres

más vulnerables a sufrir trastornos del estado de ánimo, así como a ser víctimas fáciles de violencia de pareja. Siguiendo esta línea de pensamiento, es importante mencionar que todas las pacientes con depresión severa no contaban con ingresos propios. Esto implica una dependencia económica hacia la pareja misma que, como el control y sometimiento, se ha relacionado con la violencia psicológica.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud decretó que la violencia es un problema de salud pública, que puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de una mujer. Por esto surge la necesidad de implementar métodos de tamizaje temprano de la violencia en mujeres puérperas, a fin de prevenir las consecuencias graves de la misma

Estudio II

Justificación

En nuestro país, estadísticas del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2003) reportan que el 46.6% de las mujeres que viven con una pareja sufren violencia. Muchas de estas mujeres acuden a las instituciones de salud para ser atendidas por presentar alguna consecuencia de esta problemática.

En el 2000 la Secretaría de Salud de México publicó la Norma Oficial de atención a la violencia intrafamiliar (NOM-190-SSA1,1999). En este documento se mencionan las reglas a seguir por el personal de salud para brindar una atención integral a la violencia intrafamiliar, además de que se señala que la detección de la violencia deberá ser realizada de manera sistemática a través de un entrevista o un cuestionario de detección previamente elaborado.

Sin embargo en México y en el mundo la literatura acerca de la violencia familiar o de pareja es extensa, sin embargo existen pocos instrumentos rápidos y confiables para detectar a mujeres que viven en esta problemática. El VFS propone llevar a cabo la detección de las pacientes por medio de una entrevista estructurada, sin embargo en un escenario hospitalario se han observado algunos inconvenientes, por lo tanto se cree conveniente analizar la prevalencia de detecciones de mujeres con algún tipo de violencia por medio de una entrevista directa y dos cuestionarios escritos.

Objetivo

Analizar la proporción de pacientes detectadas con algún tipo de violencia, por medio de una entrevista estructurada y dos instrumentos de detección diseñados especialmente para su uso en hospitalización en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Participantes

Pacientes atendidas en hospitalización en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Diseño

Transeccional descriptivo

Procedimiento

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia se implementó el modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual (VFS), propuesto por la Secretaría de Salud, el cual indica que la detección de las mujeres víctimas de violencia se realice por medio de una entrevista directa previamente estructurada (Anexo 1). Por medio de frecuencias se analizaron las detecciones realizadas con esta herramienta en el periodo de noviembre del 2004 a febrero del 2005 (Grafico 4).

Sin embargo a través de la práctica se observaron varios inconvenientes para llevar a cabo entrevista propuesta por el modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Algunos inconvenientes fueron:

1. Espacio físico inadecuado: El lugar donde se realizaba la detección de las pacientes sobrevivientes de violencia era el área de hospitalización. Éste es un espacio cerrado donde hay tres camas, algunas con cortinas corredizas para que la paciente pueda tener una mayor privacidad. Sin embargo algunos cubículos carecen de cortinas. Se observó que cuando se les hacían las preguntas relativas a la violencia a las pacientes en voz alta, muchas veces contestaban negativamente de manera automática. Además muchas pacientes no mantenían contacto visual y observaban a su alrededor tratando que nadie las escuchara o viera cuando contestaban, lo cual hace pensar que al estar con otras mujeres desconocidas no se generaba la confianza plena para hablar de su problemática.
2. Número de usuarias: Diariamente se realizaban las entrevistas a cada una de las pacientes del servicio, lo cual consumía un tiempo muy largo. Llevar a cabo la entrevista con cada una de las pacientes tomaba un tiempo de 10 a 20 minutos, y en total se entrevistaban diariamente un promedio de 25 pacientes.
3. Tiempo limitado para la detección: El servicio de Ginecología y

Obstetricia es un servicio en constante movimiento y cambio. La mayoría de las pacientes se van después de haber permanecido 24 horas, lo que hace su estancia muy corta. Las detecciones de las pacientes víctimas de violencia tienen que estar sujetas a los horarios disponibles durante su estancia hospitalaria, y no interferir con sus demás actividades, tales como: bañarse, comer, realización de procedimientos médicos, o asistencia a las pláticas de lactancia y de métodos de planificación familiar, visita de familiares, llenado de documentos administrativos etc.

4. Escasa información de violencia por parte de las pacientes: La entrevista del VFS propone que se le explique a la paciente por qué motivo se lleva a cabo la entrevista, pero no señala que se le explique el concepto de violencia y los tipos de violencia. Sin embargo se observó que cuando a las pacientes se les explicaba previamente el concepto de violencia, sus consecuencias y por qué es importante tratarse, las usuarias reflexionaban acerca de lo que estaban viviendo y había más probabilidades de que las pacientes contestaran afirmativamente, a diferencia de preguntar directamente acerca del tema, sin dar una breve introducción.

Debido a los inconvenientes de la entrevista se decidió diseñar un instrumento de detección de violencia para mujeres hospitalizadas, en el cual se incluyeron información e imágenes acerca del tema de violencia, y cuatro preguntas acerca de la violencia, que no especificaban el rango de tiempo de la violencia vivida (Anexo 3). Los resultados de esta herramienta, también se

evaluaron por medio de frecuencias en el periodo de marzo del 2005 a junio del 2005 (Gráfico 4).

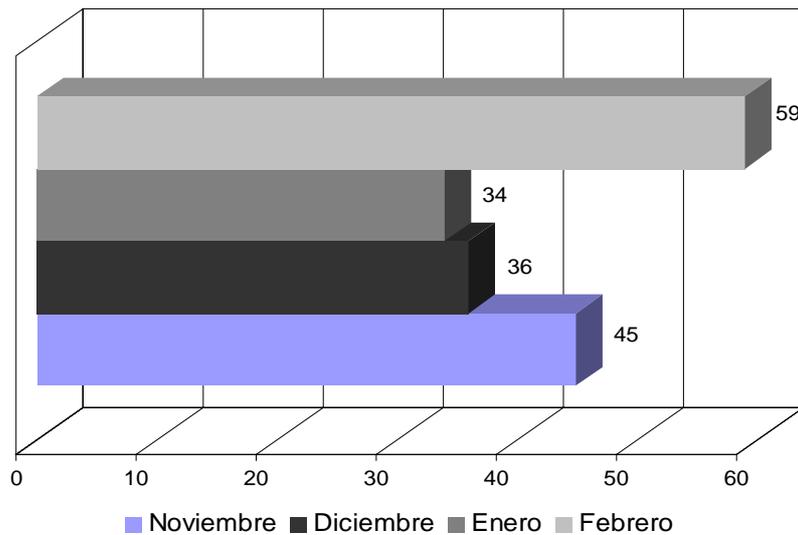
Sin embargo se observó, dado que el instrumento al no tener límite de tiempo de la violencia vivida, que las pacientes hacían referencia a violencia y abusos sexuales sufridos durante la infancia. Se decidió entonces modificar el instrumento poniendo en las preguntas un límite de tiempo (últimos doce meses) de la violencia vivida (Anexo 4). Debido a que las mujeres que más necesitan la atención son aquellas que están viviendo la violencia actual. Los resultados de la detección por medio de este instrumento fueron analizados por medio de frecuencias (Gráfico 5) en el periodo de julio a diciembre del 2005.

Finalmente se analizaron por medio de porcentajes las detecciones realizadas por los tres instrumentos (Gráfico 6).

Resultados

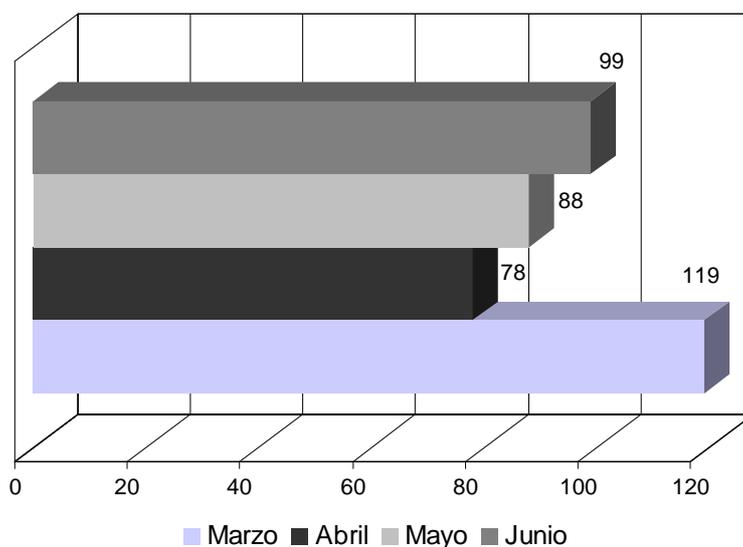
Por medio de frecuencias se analizaron los datos obtenidos a través de cada uno de los instrumentos utilizados para realizar la detección de las pacientes sobrevivientes de violencia, a continuación se presentan por medio de gráficos de barras las frecuencias de detección de pacientes con algún tipo de violencia, obtenidas con cada uno de los instrumentos.

Grafico 4. Frecuencias de pacientes detectadas con violencia por medio de la entrevista directa



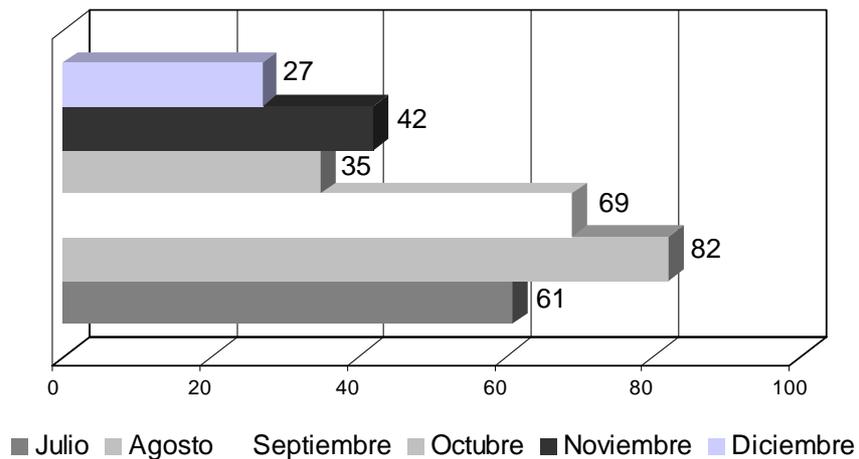
En el Gráfico 4 se puede observar las frecuencias de pacientes detectadas en un lapso de cuatro meses, por medio de la entrevista, propuesta por el modelo integrado para la prevención y la atención de la violencia familiar y sexual. En total se detectaron 174 casos de mujeres sobrevivientes de algún tipo de violencia.

Gráfico 5 Frecuencias de pacientes detectadas por medio del primer instrumento de detección de violencia



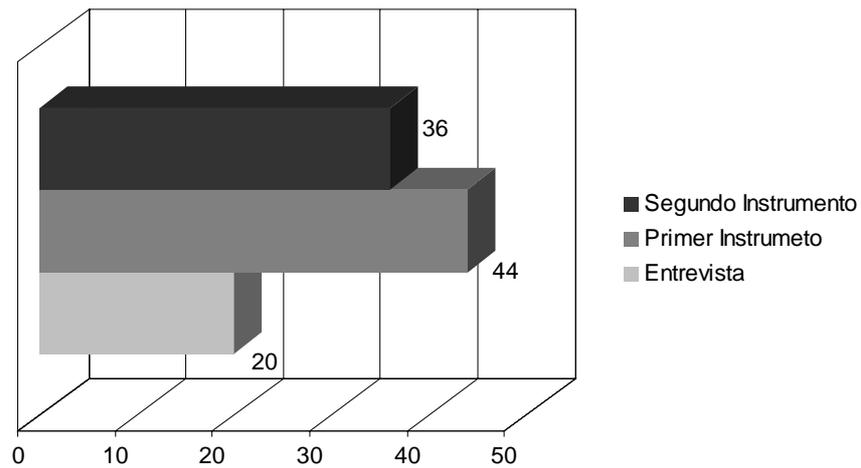
En el Gráfico 5 se muestran las frecuencias de mujeres detectadas con algún tipo de violencia en un periodo de cuatro meses, utilizando el primer instrumento que se diseñó y desarrolló en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Como se puede observar el número de pacientes incrementó. El total de pacientes detectadas con violencia fueron 384 en un lapso de marzo a junio del 2005.

Gráfico 6 Frecuencias de pacientes detectadas mediante el segundo instrumento de detección de violencia



En el Gráfico 6 se señalan las frecuencias de las mujeres sobrevivientes de algún tipo de violencia en seis meses, de julio a diciembre del 2005. Como se esperaba el número de pacientes disminuyó. La sumatoria de las frecuencias de este periodo fue de 316 pacientes detectadas con violencia.

Gráfico 7 Porcentajes de pacientes con violencia por instrumento de detección



En el Gráfico 7 se pueden observar los porcentajes de detecciones obtenidas con cada instrumento. Se observa un menor porcentaje con la entrevista directa, un mayor porcentaje con el primer instrumento, que no tenía rango de tiempo de la violencia padecida, y un decremento en las detecciones de las pacientes cuando se marcó un límite de tiempo (segundo instrumento).

Discusión y Conclusiones

Como se mencionó, el objetivo de este estudio fue analizar la proporción de las pacientes detectadas con algún tipo de violencia, por medio de una entrevista estructurada y dos instrumentos de detección de violencia diseñados para mujeres hospitalizadas. En los resultados, se muestra que la proporción del número de pacientes detectadas con algún tipo de violencia probablemente será diferente dependiendo del instrumento que se utilice.

Se observa también que el número de pacientes detectadas con algún tipo de violencia por medio de los instrumentos diseñados fue mayor en comparación a las pacientes detectadas por medio de la entrevista del VFS, esto se quizá se puede deber a los inconvenientes que se mostraron a lo largo de la aplicación de la entrevista, señalados en el apartado de procedimientos. Sin embargo Morrison, 2000, Canterino, 1999, Pan, 1997 han encontrado resultados similares cuando comparan el número de detecciones obtenidas con cuestionarios o entrevistas directas, resultando un mayor número de pacientes detectadas cuando se utilizan cuestionarios escritos.

Se piensa que quizá algo que ayudó a que las pacientes presentaran una mayor probabilidad de contestar de manera positiva fue la información que se brindó acerca del concepto de violencia y sus las consecuencias, además de las imágenes presentadas en este instrumento.

Se considera importante señalar que el instrumento idóneo, para pacientes hospitalizadas es aquél que sea auto administrable ya que como se señaló en

el apartado de procedimiento el propuesto por el VFS no se adecua a las condiciones de las pacientes hospitalizadas ni al servicio de Ginecología y Obstetricia.

La Norma-190 y en el VFS, señalan que es muy importante realizar detecciones sistemáticas de violencia, ya que a través de las mismas se tiene la posibilidad de que la paciente sea atendida y se pueda prevenir un mayor daño. Sin embargo se considera necesaria la participación del psicólogo o de personal capacitado, para legalizar esta labor, ya que en muchas ocasiones después de que las pacientes contestaban los cuestionarios y se realizaba la evaluación, se llevaron a cabo intervenciones en crisis, ya que se encontró que muchas de las mujeres entrevistadas hablaban por primera vez con alguien acerca de la situación de violencia.

Es importante mencionar que no se encontró en la literatura científica herramientas de detección de violencia validadas y estandarizadas para la población mexicana, por lo tanto se piensa que sería muy importante que de la herramienta propuesta se obtuviera su validez y confiabilidad, esto ayudaría a mejorar la detección de las pacientes sobrevivientes de violencia, lo cual es muy importante debido a las consecuencias devastadoras de la violencia de pareja.

Estudio III

Justificación

La violencia hacia la mujer es un problema de salud pública. El Instituto de Estadística e Informática INEGI, realizó una encuesta en el 2003, en la cual se detectó que en el país el 46.6% de las mujeres que viven con una pareja sufren algún tipo de violencia. En el Estado de México los resultados de la Encuesta realizada en el 2002 refieren que el 20.5% de las mujeres se encuentran viviendo una situación de violencia. En el 2000 la Secretaría de Salud publicó la Norma Oficial de atención a la violencia intrafamiliar (NOM-190-SSA1, 1999), donde se mencionan las reglas a seguir por el personal de salud para brindar una atención integral a la violencia intrafamiliar.

Las consecuencias físicas y emocionales de la violencia hacia la mujer son devastadoras tanto para la sobreviviente como para su familia. Lamentablemente existen muy pocas investigaciones sistemáticas a cerca de los posibles tratamientos psicológicos que se le puedan brindar a una paciente que es sobreviviente de violencia intrafamiliar, (Yllán, 2003).

Objetivo

Crear, implementar y evaluar una intervención psicológica cognitiva conductual para mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

Participantes

La muestra estuvo constituida por tres mujeres mexicanas, residentes del Estado México, con una media de edad de 36.6 años, casadas, todas con escolaridad secundaria, que asistieron al Hospital General de Atizapán y fueron referidas por los servicios de Ginecología y Obstetricia, y Otorrinolaringología por ser sobrevivientes de algún tipo de violencia de pareja.

Los criterios de inclusión para la participación en la investigación fueron: aceptación para firmar el consentimiento informado y contar con habilidades de lecto-escritura. Los criterios de exclusión fueron: presentar alguna alteración psiquiátrica, ideación o intento suicida, situación grave de violencia o de riesgo y retraso mental.

Medición e instrumentos

1. Inventario de Depresión de Beck (1979); estandarizado para la población mexicana, esta compuesto por 21 reactivos. Consta de cuatro opciones de respuesta, y clasifica a la depresión en leve, moderada y severa.
2. Inventario de Ansiedad de Beck (1979); estandarizado para la población mexicana. Está compuesto por 17 reactivos, y consta de cuatro opciones de respuesta. Clasifica a la ansiedad en leve, moderada y severa.

3. Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975), estandarizado para la población mexicana. El Inventario de Asetividad (IA) de Gambrill y Richey está compuesto por cuarenta reactivos divididos en dos escalas, una de malestar y otra de probabilidad de respuesta. Una puntuación alta en la escala de malestar indica que la persona experimenta alto grado de ansiedad ante situaciones que requieren un comportamiento asertivo, una puntuación alta en la escala de probabilidad refleja que esa persona *no* suele comportarse de manera asertiva en dichas situaciones. La combinación de las puntuaciones de las dos escalas del IA permite distinguir cuatro perfiles de sujetos:

- a) Personas no asertivas: baja probabilidad de mostrar conductas asertivas y alto grado de malestar o ansiedad ante su ejecución.
- b) Realizadores (actores) ansiosos: realizan conductas asertivas, manifiestan una alta ansiedad al ejecutarlas.
- c) Personas despreocupadas (indiferentes): no manifiestan conductas asertivas, tampoco ansiedad.
- d) Personas asertivas: realizan conductas asertivas sin malestar.

Diseño

Diseño pre prueba – post prueba, con un solo grupo.

Procedimiento

Las pacientes fueron invitadas a participar en el estudio, a través de la consulta externa de Psicología. Se les explicaba el objetivo de la intervención y, si decidían colaborar se les leía el consentimiento informado. Todas las pacientes que se invitaron aceptaron firmar el consentimiento informado, fueron entrevistadas y evaluadas por medio de los instrumentos. De las ocho pacientes evaluadas solamente continuaron tres con el inicio y la finalización de todo el estudio. Se pudieron contactar a tres pacientes para saber el motivo del abandono de la intervención. Dos pacientes reportaron que el horario no favorecía a sus actividades diarias. La otra paciente refirió haber dado a luz y esto le impidió continuar.

Para estructurar la intervención psicológica, primero se realizó un análisis bibliográfico de los diferentes tratamientos psicológicos cognitivo conductuales que se han realizado para pacientes sobrevivientes de violencia de pareja. Se diseñó una intervención cognitivo conductual de nueve sesiones: dos individuales y siete en grupo, cada una de las sesiones tuvo una duración de 2 horas de forma grupal y 1 hora 30min de forma individual. Acudieron ocho pacientes las cuales fueron evaluadas y entrevistadas. A las sesiones grupales acudieron seis pacientes. En la cuarta sesión, y hasta finalizar la intervención, sólo asistieron tres pacientes.

Esta intervención tuvo como objetivo enseñar habilidades de enfrentamiento para abordar y superar la situación de maltrato, a través de psicoeducación, entrenamiento en asertividad, autoaceptación, reestructuración cognitiva, detención de pensamientos y solución de conflictos.

En la primera sesión se realizó una entrevista inicial, donde se permitió el desahogo emocional de la paciente y se evaluó la situación de riesgo por medio de la Herramienta de Evaluación de Riesgo.(Anexo 5) Si la paciente reunía los criterios de inclusividad se le brindaba información acerca de la investigación y, si la paciente aceptaba, se firmaba el consentimiento informado. Se proporcionó como ejercicio para casa la lectura del cuento: "Cenicienta tiene un mal sueño".

En la segunda sesión se brindó tiempo para revisión del cuento y para la promoción del desahogo emocional. Posteriormente se aplicaron los instrumentos de evaluación pretest: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey. Se explicó el modelo de la terapia cognitivo-conductual.

Las siguientes sesiones fueron grupales. En la tercera sesión se les explicó a las pacientes el concepto de violencia, el ciclo de maltrato, los diferentes tipos de violencia y las consecuencias de la misma. En esta sesión se permitió también el desahogo emocional. Se modeló y practicó la técnica de respiración diafragmática. Como ejercicios para casa realizar autoregistros de situaciones

de ansiedad y relajación, práctica del ejercicio de relajación durante la semana. y escribir cinco soluciones para romper el círculo del maltrato.

En la sesión siguiente se les explicó a las pacientes la importancia de la comunicación y que una de las consecuencias más devastadoras de la violencia es el aislamiento social, que lleva a la pérdida de las habilidades de comunicación. Se debatieron algunos pensamientos irracionales, los cuales no ayudan a que la comunicación sea eficiente. Se practicó la técnica de respiración diafragmática con imaginación. Se dejó como ejercicio para casa: la práctica de la respiración diafragmática, escribir las consecuencias que han vivido por la violencia, incrementar los contactos sociales y llevar autoregistros de los mismos.

En la quinta sesión se explicó la importancia de rehabilitar las habilidades de comunicación y se enseñó el concepto de asertividad. Se modelaron y se realizaron ensayos conductuales para que las pacientes practicasen los componentes verbales y no verbales de la asertividad. Las pacientes conocieron los derechos asertivos. Se practicó la técnica de respiración diafragmática. Los ejercicios para casa fueron: Práctica de la respiración diafragmática, incremento de los contactos sociales, práctica de las conductas asertivas y autoregistros de asertividad.

En la sexta sesión por medio de imaginación se reafirmó la influencia de los pensamientos sobre la conducta y los sentimientos, por medio de ensayos conductuales las pacientes practicasen los componentes verbales y no verbales

de la asertividad. Se practico la técnica de respiración diafragmática con imaginería. Los de ejercicios para casa fueron: práctica de la respiración diafragmática, incremento de los contactos sociales, auto registros de asertividad.

En la sesión siete las participantes aprendieron técnicas de detención de pensamientos irracionales. Por medio de ensayos conductuales las pacientes practicaron los componentes verbales y no verbales de la asertividad. Se realizaron además debates empíricos acerca del concepto de autoaceptación. Se practicó la técnica de respiración diafragmática. Se dejó de ejercicios para casa: la práctica de la respiración diafragmática, el fijarse metas realistas, el incrementar los contactos sociales, el brindarse autorecompensas, los autoregistros de asertividad y la práctica de la técnica de detención de pensamientos.

En la octava sesión se realizaron debates acerca de los elementos importantes para el concepto de autoaceptación. Por medio de ensayos conductuales las pacientes practicaron los componentes verbales y no verbales de la asertividad. Se practicó la técnica de respiración diafragmática con imaginería. Se dejó de ejercicio para casa: Práctica de la respiración diafragmática. Fijarse metas realistas. Incrementar los contactos sociales. Brindar autorecompensas, autoregistros de asertividad y práctica de la técnica de detención de pensamientos.

En la última sesión las pacientes realizaron, por medido de la escritura, la

práctica de la técnica de solución de problemas y contestaron los cuestionarios de evaluación posttest. Se practicó la técnica de relajación. Se dejó como ejercicios para casa: Aplicar las técnicas analizadas durante toda la intervención. Se entregó un Manual para mujeres sobrevivientes de violencia de pareja (Anexo 6) el cual se realizó para que las pacientes reforzaran los conocimientos aprendidos a lo largo de toda la intervención.

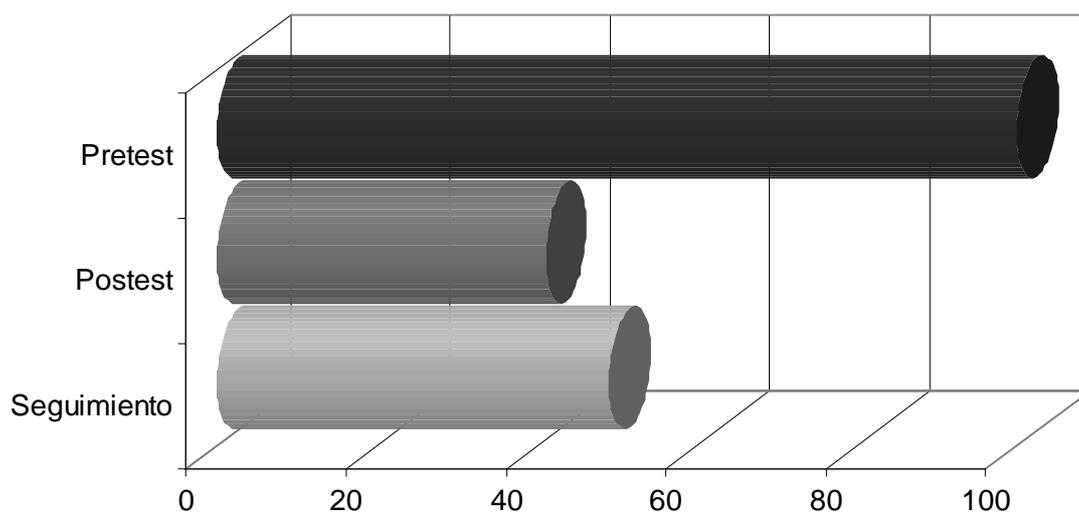
Después de tres meses de haber sido concluida la intervención, se llevó a cabo una tercera aplicación de los instrumentos y entrevista, para el seguimiento de las pacientes.

Resultados

Para analizar los resultados de las evaluaciones de las tres pacientes se realizaron gráficos del puntaje crudo obtenido en cada uno de los instrumentos que se aplicó, tanto por grupo como por cada una de las participantes.

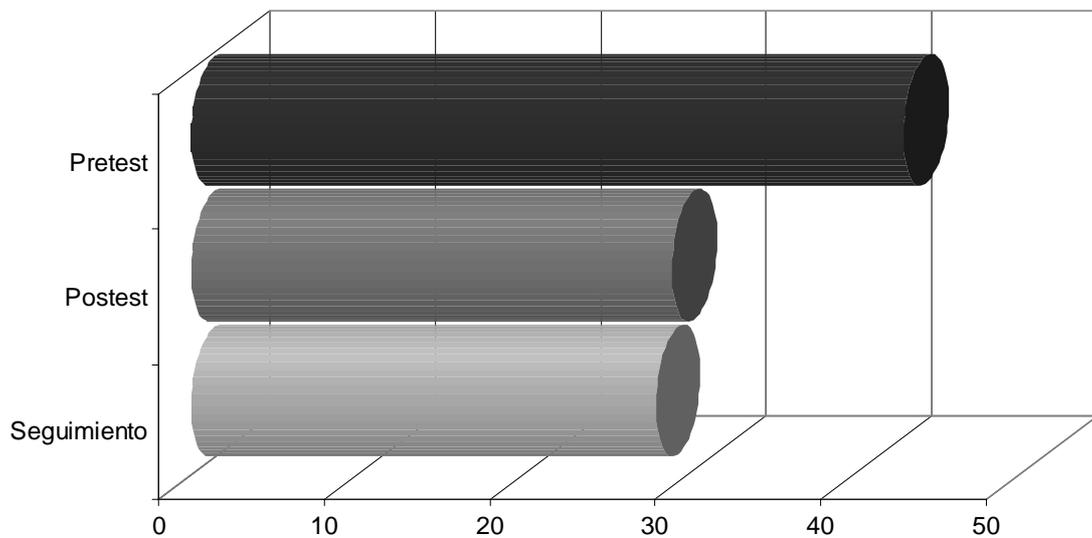
A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos durante los tres periodos de evaluación, por grupo y posteriormente por cada participante.

Gráfico 8. Puntajes obtenidos por grupo en el Inventario de Ansiedad, en los tres periodos de evaluación.



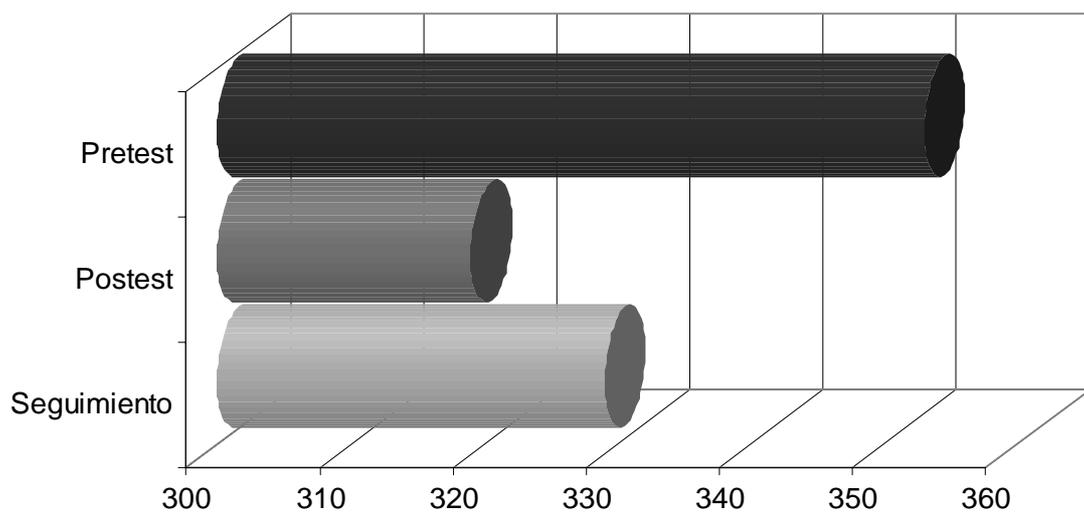
En el Gráfico 8 se muestran los puntajes obtenidos a nivel grupal en el Inventario de Ansiedad, en cada medición. Se encontró una disminución de 59 puntos en la evaluación postest respecto al pretest. Hubo un incremento de 8 puntos en el seguimiento comparado con el postest.

Gráfico 9. Puntajes obtenidos por grupo en el Inventario de Depresión, en los tres periodos de evaluación.



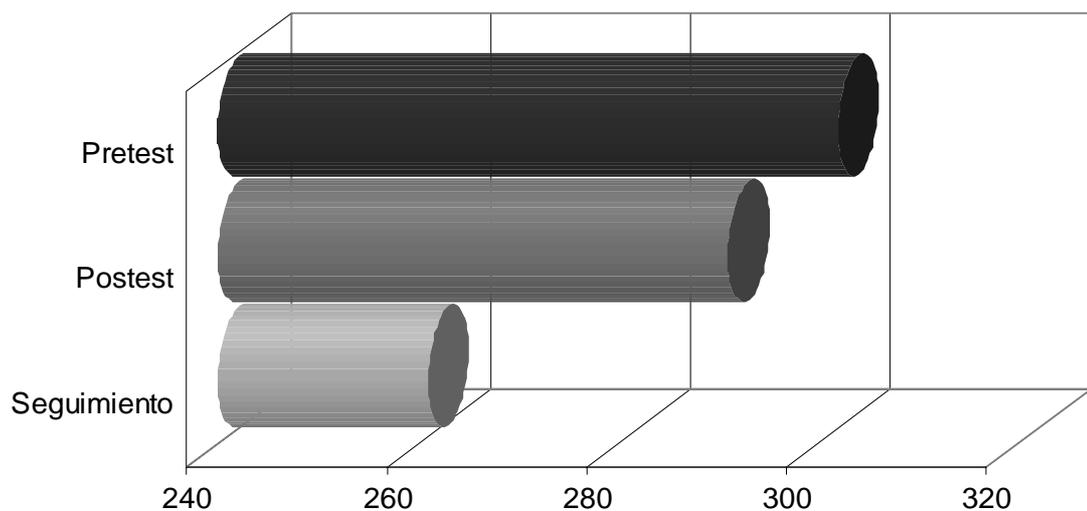
En el Gráfico 9 se observan los resultados derivados del Inventario de Depresión por grupo y por los tres momentos de evaluación. Se encuentra un decremento de 14 puntos en el posttest con respecto al pretest, no hubo cambios en el seguimiento.

Gráfico 10. Puntajes obtenidos por grupo en el Inventario de Asertividad (Incomodidad de Respuesta) en los tres periodos de evaluación.



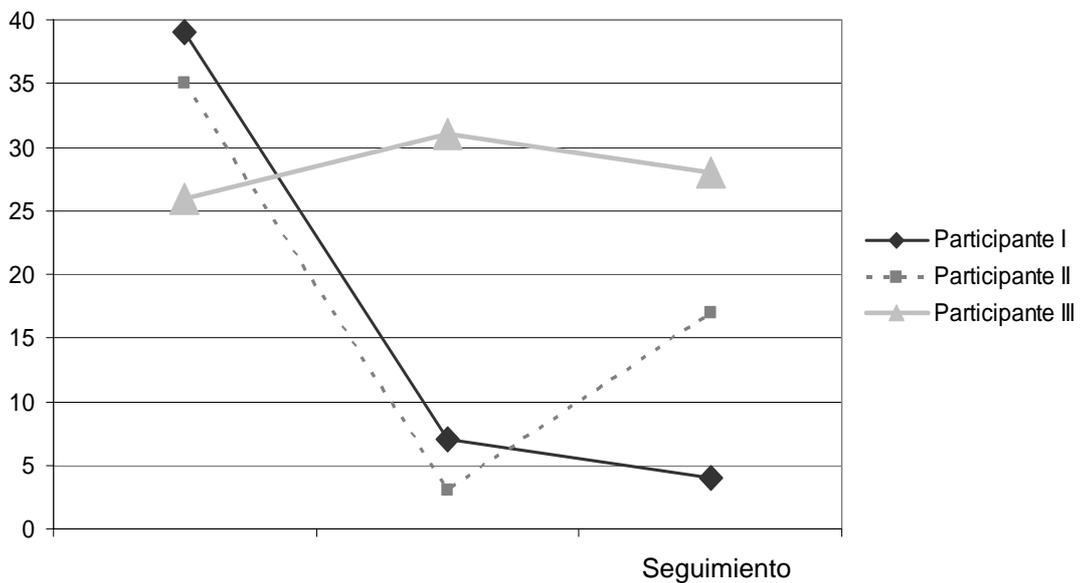
En el Gráfico 10 se presentan los datos obtenidos del Inventario de Asertividad en la subescala de Incomodidad de Respuesta. Se obtuvieron 34 puntos menos con relación a la primera aplicación del instrumento. En el seguimiento se observa un incremento de 10 puntos en comparación a la segunda medición.

Gráfico 11. Puntajes obtenidos por grupo en el Inventario de Asertividad (Probabilidad de Respuesta) en los tres periodos de evaluación.



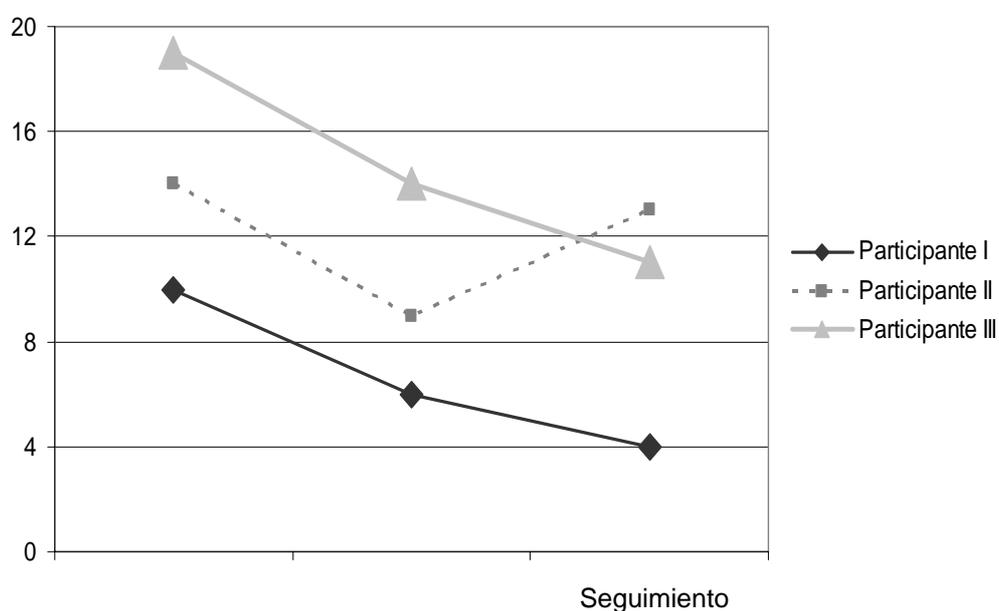
En el Gráfico 11 se analizan los resultados obtenidos en el Inventario de Asertividad en la subescala Probabilidad de Respuesta. Se observa que fue disminuyendo el puntaje a lo largo del tiempo.

Gráfico 12. Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad, por cada una de las participantes, en los tres periodos de medición.



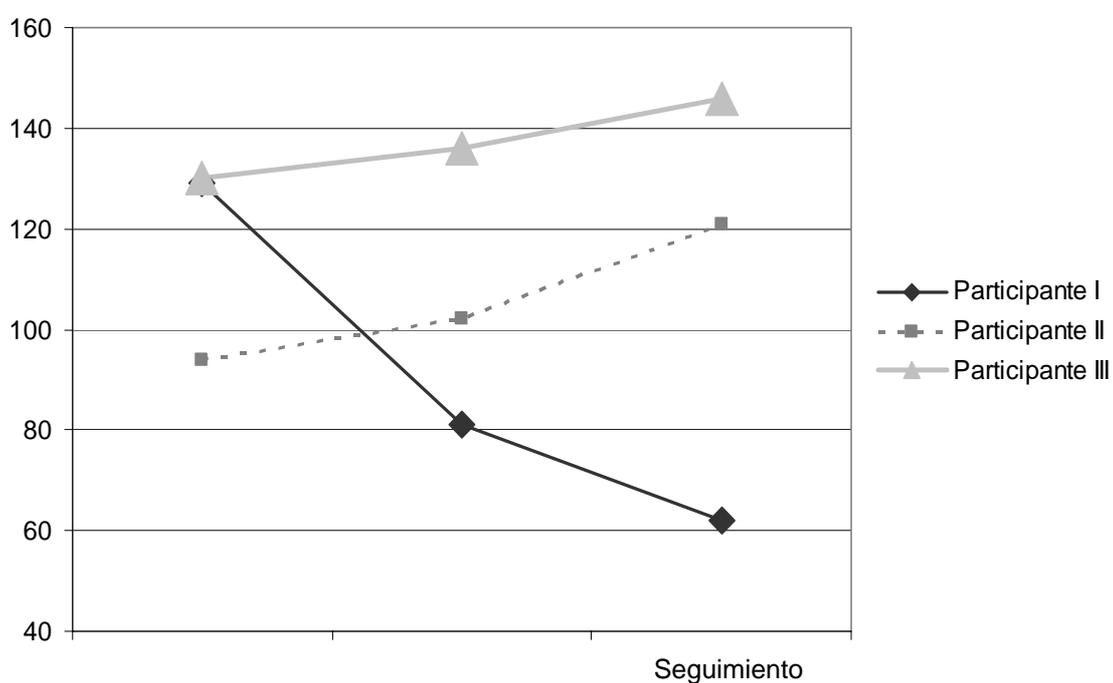
En el Grafico 12, se muestran los resultados obtenidos por participante en el Inventario de Ansiedad en los tres periodos de medición. En la participante I decremento el puntaje a través del tiempo. En la participante II en el seguimiento aumento su puntaje. En la participante III no existen cambios en los puntajes, con respecto al pretest.

Gráfico 13. Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión, por cada una de las participantes, en los tres periodos de medición.



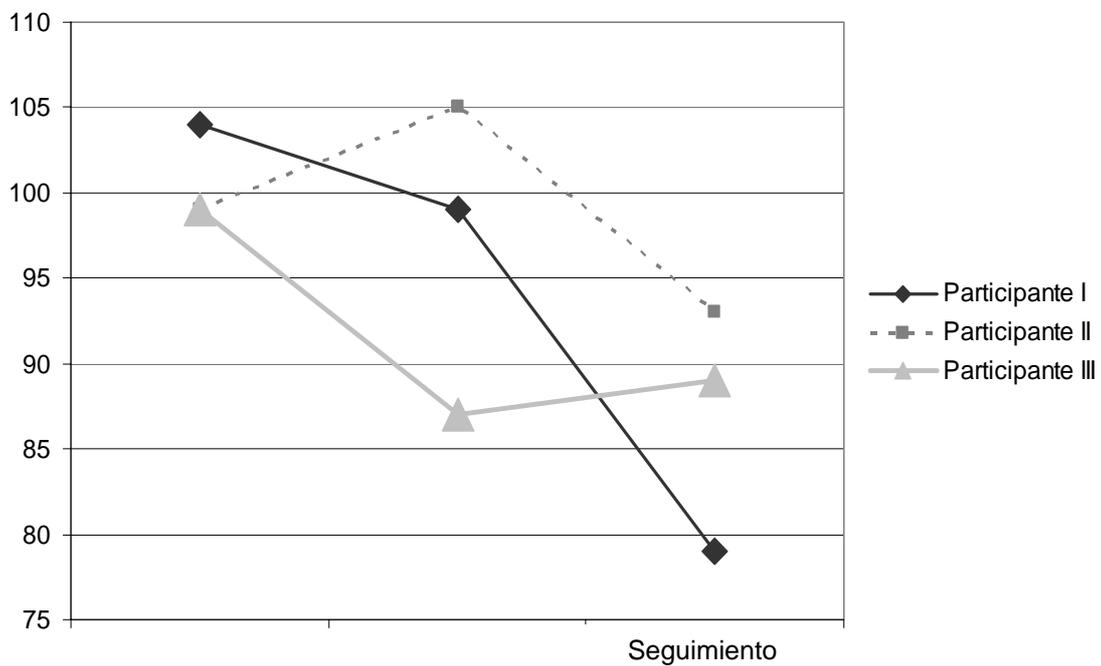
En el Grafico 13 se observan los resultados obtenidos por paciente en el Inventario de Depresión en cada momento de evaluación. En las participantes I y III los puntajes disminuyeron a través del tiempo. En la participante II en el seguimiento aumento su puntaje con respecto al postest.

Gráfico 14. Puntajes obtenidos en el Inventario de Asertividad (Incomodidad de Respuesta), por cada una de las participantes, en los tres periodos de medición.



En el Gráfico 14 se presentan los resultados obtenidos por cada participante del Inventario de Asertividad (Incomodidad de Respuesta), en las tres evaluaciones. La participante I tuvo un decremento en los puntajes de las evaluaciones, a lo largo del tiempo. En las participantes II y III se observa un incremento en los puntajes de las dos últimas mediciones.

Gráfico 15. Puntajes obtenidos en el Inventario de Asertividad (Probabilidad de Respuesta), por cada una de las participantes, en los tres periodos de medición.



En el Gráfico 15 se analizan los resultados obtenidos por cada una de las participantes en el Inventario de Asertividad (Probabilidad de respuesta) en las tres evaluaciones. En la participante I los puntajes disminuyeron a través del tiempo. En la participante II se muestra un incremento en los puntajes de la evaluación posttest y un decremento en el seguimiento. En la participante III se observa decremento en el posttest y un aumento en el seguimiento.

Discusión y Conclusiones

La violencia es un problema grave porque conlleva a diversas problemáticas de salud como: infecciones de transmisión sexual, abortos, embarazos no deseados, lesiones, dolor crónico, dolores de cabeza, intestino irritable, depresión, ansiedad, estrés postraumático, déficits en asertividad, autoaceptación etc. El objetivo de este trabajo fue crear, implementar y evaluar una intervención psicológica, para mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

En el programa se buscó reducir la ansiedad a través de las técnicas relajación y detención de pensamientos irracionales, debido a que estas técnicas han funcionado con pacientes que presentan elevados niveles de ansiedad. Como se muestra en los resultados en el Inventario de Ansiedad, después de la intervención se observa que hay una reducción importante de los síntomas de ansiedad. Las pacientes refirieron que la técnica de detención de pensamientos irracionales fue utilizada cuando se reprochaban o regañaban por no poder realizar alguna actividad.

En el inventario de Depresión se observa también un decremento de las puntuaciones, esto se le atribuye al entrenamiento en asertividad y a la reestructuración cognitiva acerca de la autoaceptación ya que las pacientes mencionaban que el acercarse a las personas de forma distinta, les hacia

tener una mejor estado de ánimo, tener más y mejor redes de apoyo social.

En la subescala de Incomodidad de Respuesta se encuentra disminuido, esto se le atribuye al hecho de que ahora las pacientes prefieren detenerse y pensar antes de actuar. Quizás esto se deba al entrenamiento en respiración diafragmática y a la detención de pensamientos irracionales, ya que el entrenamiento en relajación se ha relacionado con el decremento de las conductas de ansiedad, que en algunas pacientes pueden conducir las a comportarse de manera asertiva.

Los puntajes de la subescala Probabilidad de Respuesta del Inventario de Asertividad, también se encuentra disminuida. Un puntaje disminuido en esta escala indica una mayor probabilidad de que se este presentando la conducta asertiva. Esto muy probablemente se atribuye al entrenamiento en relajación, conductas verbales y no verbales de la asertividad. Este resultado es semejante al que reportan Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa en el 2006.

En las pacientes que tuvieron una participación más activa, que realizaban sus ejercicios para casa y participaban activamente en el transcurso de toda la intervención, se observan cambios en la disminución de los puntajes obtenidos en cada uno de los instrumentos.

En seguimiento los puntajes del inventario de Ansiedad aumentaron en dos participantes, las cuales refirieron estar pasando por eventos estresantes en su

vida. Todas las participantes refirieron llevar a la práctica con las conductas asertivas. Sin embargo manifestaron que en algunas ocasiones, prefieren pensar bien antes de actuar, debido a que no quieren manifestarse de manera agresiva.

Se considera importante ampliar el número de la muestra de la intervención. Aunque en este estudio participaron pocas pacientes, los datos reflejan que probablemente la terapia cognitivo conductual ayudó a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres sobrevivientes de violencia de pareja. Además que también se encuentra una mayor utilización de la conducta asertiva. Esto concuerda con lo reportado por otros investigadores (Echeburua y Paz, 1998). También se considera necesario realizar un seguimiento posterior a las pacientes para nuevamente evaluar sus cambios a través de instrumentos y entrevistas. Además de tener un grupo control.

Capítulo IV

"Yo quiero ser voluntaria de un grupo de mujeres, que han sido maltratadas. Yo quiero gritarles a las mujeres, que no se dejen que no es justo, yo todo eso lo viví de niña y con mi pareja". "Me siento mejor, más tranquila, ya sin tantos rencores"
"Ya escucho antes de hablar"

Mujeres sobrevivientes de violencia.

Conclusiones y Discusiones

La Medicina Conductual es una rama de la Psicología que se dedica a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual para la, evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así como la validación de estos en los programas de salud (Schwartz y Weiss, 1978).

Reynoso y Seligson (2005) plantean que, de acuerdo a los fundamentos de la Medicina Conductual, el especialista cuenta con las herramientas y habilidades para participar activamente en la realización e implementación de programas de prevención de enfermedades y de reforzamiento de conductas saludables. El psicólogo cuenta con las destrezas para ayudar a los pacientes a afrontar procedimientos médicos invasivos, a promover la aceptación de una enfermedad crónica degenerativa, y a establecer una adherencia terapéutica al tratamiento médico. Así mismo puede participar de manera activa en el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades, tiene la capacidad de

brindar capacitación al equipo de salud y de realizar a funciones de investigación.

El servicio de Ginecología y Obstetricia, es un escenario de la maestría en Psicología de la UNAM donde se llevan a cabo investigaciones y labores de salud reproductiva. En este servicio se atienden problemas de salud de la mujer. Tal es el caso de la violencia de pareja, que repercute drásticamente en la salud reproductiva de una mujer. El trabajo de Psicología en el servicio de Ginecología y Obstetricia ha logrado incrementar la calidad y la calidez de la atención a las mujeres que acuden al hospital por presentar problemas relacionados con su salud reproductiva, y se ha conseguido que los médicos detecten y canalicen al área de Psicología a las pacientes que requieren algún apoyo psicológico.

Durante los primeros meses de trabajo de Psicología en el servicio se detectó sintomatología depresiva en numerosas pacientes de hospitalización. El alto número de pacientes observadas con síntomas de depresión suscitó interés en conocer la prevalencia de depresión en las pacientes que acuden al servicio. También se quisieron conocer las posibles variables asociadas a esta problemática, a fin de dar atención psicológica oportuna a las pacientes, y así prevenir tempranamente los graves efectos que puede traer consigo la depresión postparto. Los análisis estadísticos realizados revelaron que la depresión severa en mujeres en puerperio estaba asociada al abandono y a la violencia de pareja; sea ésta física, psicológica o sexual. Dada la fuerte asociación de la depresión en mujeres puérperas con situaciones de violencia de pareja, se planteó la implementación de un programa de para la atención de

sobrevivientes de esta grave problemática. Es difícil que las mujeres manifiesten de forma clara y específica, que viven en una situación de violencia, ellas se presentan generalmente a los servicios de salud sin hacer alusión de lo que están viviendo con sus familiares. Por esta razón se decidió crear y diseñar una herramienta de detección de violencia para su utilización en el área de hospitalización. La herramienta de detección de violencia se diseñó incluyendo información e imágenes a cerca del tema de la violencia y de sus consecuencias.

Se estructuró una intervención psicológica gracias al trabajo publicado por diferentes autores con un enfoque cognitivo conductual. Con esta intervención se pretendió enseñar habilidades de afrontamiento para abordar y superar la situación de violencia, a través de psicoeducación, entrenamiento en relajación, entrenamiento en asertividad, autoaceptación, reevaluación cognitiva, detención de pensamientos irracionales y solución de conflictos. Los resultados clínicos señalan que existe una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión, después de la intervención. En cuanto a las conductas asertivas se observa un incremento de las mismas. Este estudio piloto arroja pues buenas expectativas para la aplicación de este programa en grupos más amplios.

En México y en el mundo, lamentablemente, viejos atavismos en la cultura, la sociedad y la educación han colocado en una posición superior a los hombres respecto de las mujeres lo que ha permitido al hombre ejercer poder sobre las mujeres. Lo anterior genera desigualdades en las oportunidades educativas, en actividades domésticas, y en la crianza de los hijos. Estas desigualdades además provocan pobreza, desempleo, marginación, y pocas oportunidades

de superación para muchas mujeres (Salinas, 1998).

Las desigualdades de género en la mujer juegan un papel importante en el desarrollo de programas de salud. Muchos de los padecimientos físicos de las mujeres tienen una relación importante con pensamientos y comportamientos que se han inculcado a las mujeres: Callar todo aquello que no me agrada. Permitir que el otro decida por mí por mí cuerpo, por mí vida. Una buena mujer es sumisa y abnegada. Una “buena mujer” no exige sexo protegido. Una “buena madre” no utiliza anticonceptivos. Una “buena madre” es cuidadora de otros, pero no de sí misma. Una mujer violada es una provocadora o una prostituta. Este tipo de pensamientos, tan arraigados en nuestra cultura, desembocan en conductas de riesgo de salud reproductiva en las mujeres, al dejar en manos del otro el cuidado y las decisiones a cerca de su cuerpo. Dado que uno de los elementos de análisis del psicólogo es el pensamiento, es claro que mucho puede hacerse en torno a estos problemas desde su perspectiva.

Al igual que en el caso de los problemas de salud reproductiva, existen múltiples escenarios en los que el especialista en Medicina Conductual puede brindar apoyo para mejorar el desarrollo de programas de salud. Muchas enfermedades son producto de malos hábitos, de carencia de información, y de comportamientos de riesgo que bien podrían prevenirse a través de programas multidisciplinarios adecuados.

A lo largo de todo el tiempo laborado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán, se pudo constatar la importancia

de la incursión del psicólogo especialista en Medicina Conductual en los servicios de salud reproductiva. A través de este trabajo se pudo documentar la magnitud tan grande de las problemáticas asociadas a la violencia de pareja. Sería deseable que los sistemas de salud pública contaran con psicólogos especializados, capacitados para atender de manera integral a las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja.

Lamentablemente la cultura y la sociedad parecen considerar a la violencia de pareja como un problema menor y normal que se “resuelve en casa”. Sin embargo, cuando se profundiza más en esta problemática se vuelve evidente que la violencia de pareja mantiene inmersas a quienes la padecen en situaciones altamente estresantes que con probabilidades de terminar con la vida de las mujeres.

Aunque el trabajo de Psicología en el Hospital General de Atizapán está actualmente centrado en la atención de las mujeres que padecen violencia intrafamiliar, es necesario tener en cuenta que con esto solamente se está atendiendo una faceta de esta problemática. Es por lo tanto importante que nuevas generaciones de residentes comenzaran a explorar posibles tratamientos para la violencia sexual, el abuso sexual infantil, la violencia hacia los menores, así como posibles intervenciones psicológicas para su prevención. Estos problemas asociados a la violencia intrafamiliar ponen de manifiesto la urgencia de la incorporación de psicólogos especializados a los servicios de salud pública, pues el ser humano es un ser biopsicosocial, y su salud requiere una atención integral de todas estas áreas. Individuos sanos

construyen sociedades sanas.

Entrevista estructurada

Anexo 1.

Herramienta de detección

Número de expediente _____	Fecha: _____
Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección _____	

Violencia Psicológica

1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le hace sentir miedo intenso, desesperanza o culpa?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	_____ _____

Violencia Física

2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha provocado golpes, fracturas, heridas en la cabeza o golpizas?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le ha tratado de ahorcar?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	_____ _____

Violencia Sexual

3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:	
¿Le ha hostigado o acosado sexualmente?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad? ¿Cuándo? <i>Con violencia física</i> <i>Sin violencia física</i>	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultado embarazada? ¿Cuándo?	Sí, ¿Quién lo hizo? _____ No, <input type="checkbox"/>
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	_____ _____

Anexo 2.

Lista de cotejo de situaciones vitales

1	Divorcio
2	Separación de la pareja
3	Problemas legales
4	Enfermedad
5	Complicaciones durante el embarazo
6	Pérdida del empleo
7	Cambios notables en la salud o en la conducta de un familiar
8	Dificultades sexuales
9	Nacimiento de un nuevo familiar
10	Problemas económicos importantes
11	Muerte de un familiar o amistad
12	Peleas, golpes, daño físico por parte de la pareja
13	Abandono del hogar por parte de un hijo
14	Triunfo personal sobresaliente
15	Inicio o finalización de la escuela
16	Problemas en el trabajo
17	Cambio de casa
18	Cambios importantes en los hábitos del sueño
19	Cambios en la forma de comer
20	Cambios de hábitos personales
21	Vacaciones
22	Insultos, humillaciones, ridiculización por parte de la pareja
23	Ser forzada a tener contacto sexual o relaciones sexuales
24	Abandono por parte de la pareja
25	Alcoholismo por parte de la pareja

Anexo 3.

Primer Instrumento

 ¿Alguna vez tu pareja o alguna persona importante para ti, te ha insultado, menospreciado, humillado ó rechazado? SI NO

 ¿Alguna vez tu pareja le ha hecho daño a tu cuerpo? SI NO

 ¿Piensas o sabes que fuiste víctima de un abuso sexual? NO SI

 ¿Alguna vez has ejercido violencia en tus hijos o hijas? SI NO

Elaboración: Psic. Tannia Oviedo y Psic. Heidy Hernández

¡ Ojo !

¡ Este mensaje te puede servir !



En este hospital: sabemos que la violencia de los hombres hacia las mujeres es muy común...

La violencia no sólo son golpes, son el rechazo, los insultos, las humillaciones, el menosprecio, los celos y la manipulación.

Sabemos que **la violencia** tiene **consecuencias** en la **salud de una mujer**, ya que puede presentar...



Llanto y/o tristeza



Subir o bajar de peso



No querer comer o comer mucho



No ver a nuestra familia



Abortos Embarazos no deseados



No poder dormir o dormir mucho



Tener ganas de morir



Infecciones de transmisión sexual, VIH, VPH, SIDA, etc.

Y que ésta puede afectar a los hijos...



Ir mal en la escuela



Ser agresivos



Hacerse pipí en la cama



Ser berrinchudos

Porque queremos brindarte una mejor atención, contesta las siguientes preguntas con sinceridad...

Anexo4.

Segundo Instrumento

Porque queremos brindarte una mejor atención, contesta con sinceridad y marca con una X la opción con la cual te identifiques. En el último año:

- ▶ ¿ Tu pareja actual o alguna persona importante para ti te ha insultado, menospreciado o rechazado?
SI NO
- ▶ ¿Tu pareja actual le ha hecho daño a tu cuerpo?
SI NO
- ▶ ¿Tu pareja actual o alguna otra persona te ha obligado a tener relaciones sexuales?
SI NO

La **VIOLENCIA** no sólo son golpes; son el rechazo, los insultos, las humillaciones, el menosprecio, los celos, la manipulación y que nos obliguen a tener relaciones sexuales.

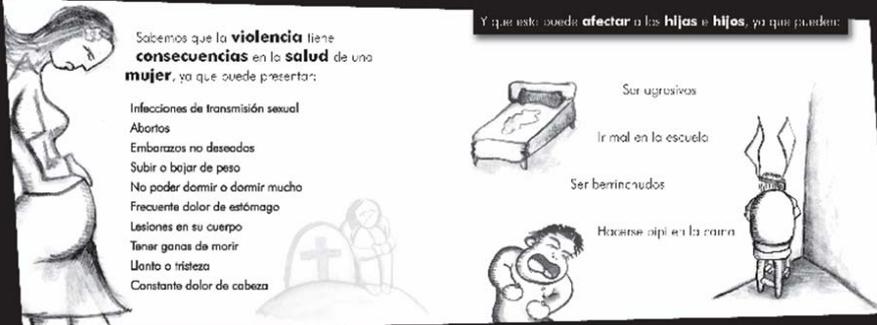


Sabemos que la **violencia** tiene **consecuencias** en la **salud** de una **mujer**, ya que puede presentar:

- Infecciones de transmisión sexual
- Abortos
- Embarazos no deseados
- Subir o bajar de peso
- No poder dormir o dormir mucho
- Frecuente dolor de estómago
- Lesiones en su cuerpo
- Tener ganas de morir
- Llanto o tristeza
- Constante dolor de cabeza

Y que esto puede **afectar** a las **hijas e hijos**, ya que pueden:

- Ser agresivos
- Ir mal en la escuela
- Ser berrinucos
- Hacerse pipi en la cama



Anexo 5.

Instrumento de Evaluación del Riesgo

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA				
No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos 12 meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
A. Riesgo a la salud mental e incremento de violencia				
1.	La insultó, menospreció o humilló en privado o frente a otras personas.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DF/DNS local.
2.	Insistió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento).	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DF/DNS local.
3.	La controló en sus actividades o tiempos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DF/DNS local.
4.	Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DF/DNS local.
5.	La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda/DF/DNS local.
6.	Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
7.	Le destruyó algunas de sus pertenencias.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
8.	Se puso a golpear o patear la pared o algún otro mueble u objeto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
9.	Amenazó con golpearla o encerrarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA

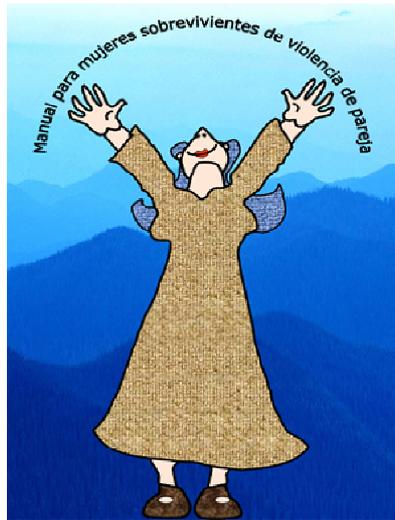
No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos 12 meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
C. Riesgo a la salud sexual y reproductiva				
18.	Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
19.	La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin utilizar fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a grupos de autoayuda.
20.	La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
21.	La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de Atención a la Violencia.
22.	Ha estado o está embarazada como producto de la violación. Indique el tiempo de gestación.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios especializados de atención a la violencia.
23.	Le ha impedido interrumpir el embarazo aun cuando éste sea producto de la violación.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios especializados de atención a la violencia.
24.	La ha golpeado durante el embarazo.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de atención a la violencia.
25.	La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia a Servicios Especializados de atención a la violencia.

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA				
No.	Preguntas	Frecuencia en los últimos 12 meses	Observaciones	Guía de acciones urgentes
D. Riesgo de muerte inminente				
26.	La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
27.	La trató de ahogar o asfixiar.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
28.	La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
29.	La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.
30.	Le disparó con alguna pistola o rifle.	Nunca <input type="checkbox"/> No. de veces _____ Fecha del último evento _____		Referencia inmediata a un refugio o a un lugar seguro donde el agresor no pueda encontrarla.

* Si la información reportada por la usuaria requiere la intervención de más de un tipo de servicio, seleccione el de mayor nivel de necesidad.

Anexo 6.

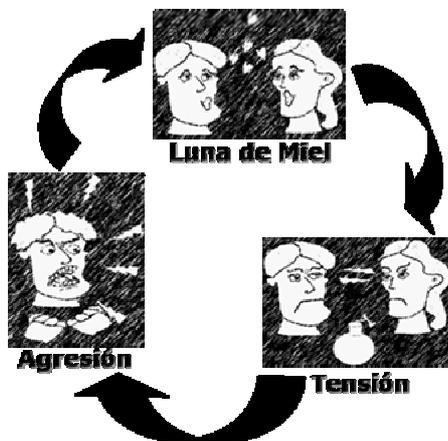
Ciclo de violencia



La violencia, sigue un ciclo en donde aparentemente las cosas están bien con nuestra pareja (luna de miel), pero después por cualquier cosa como: "no llegaste a tiempo", "no me lavaste mi camisa" puede haber tensión y después pasar al momento de la agresión ya sea verbal, física o sexual.

El problema con este ciclo es que cada vez hay menos tiempo de luna de miel y cada vez son más largas la etapas de tensión y agresión.

Ciclo de la Violencia



"La violencia es responsabilidad del otro, el como yo me siento, piense y haga con esa situación es responsabilidad mía"

¿Qué consecuencias trae la violencia?

Área física	Área emocional	En los hijos
Lesiones físicas Estrés Migrañas Síndrome de desajuste Dificultad de fibromialgia Frecuentes Trastornos del aparato digestivo Síndrome del ojo irritado Dolor Lesiones oculares Abandono de dietas Cambios no deseados SIDA VPH Dificultad de aprendizaje Mala Dolor de cabeza	Aislamiento Depresión Apartheid sobre todo hacia los hijos Inseguridad Inseguridad Dificultad en el aprendizaje Poca Autoconciencia Pensamientos negativos Culpa Aislamiento Miedo	Aislamiento Depresión Hechos en la casa Triste en la escuela Ser burlados Ser asustados Ser peores Abuso sexual

¿Por qué una mujer puede continuar en una relación donde hay maltrato?

Pueden ser diversas razones, algunas son:

- el temor al castigo.
- la falta de apoyo económico (que no trabaje).
- la preocupación por los hijos.
- la dependencia emocional.
- la falta de apoyo familiar y de amistades.
- esperanza constante de que el hombre cambie.
- miedo a que se cumplan las amenazas, etc.

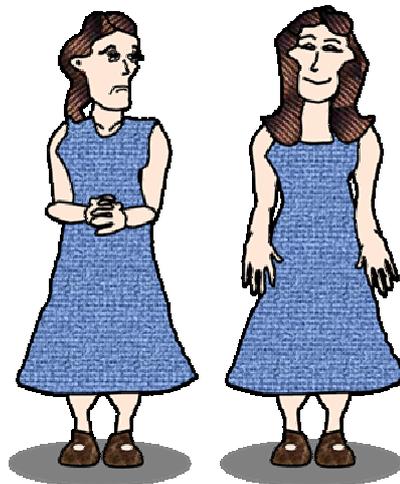
La relajación

Cuando vivimos en una relación de maltrato podemos tener un miedo constante el cual nos lleva a estar tensas, ansiosas y a no comunicarnos de manera tranquila.

Es importante practicar las técnicas de relajación que se llevaron a cabo en las sesiones de terapia. la práctica constante de estos ejercicios ayudarán a que cada vez estemos más tranquilas, relajadas y nuestra forma de comunicarnos cambie.

Recuerda las técnicas:

Respiración profunda.
Tensión-distensión.
Imaginación



¿Cómo me comunico?

Existen diferentes formas de comunicarnos, la **pasiva** donde no decimos nada acerca de lo que queremos o de lo que nos molesta, la **agresiva** donde decimos las cosas pero lastimando o hiriendo los sentimientos de otras personas y la **asertiva** donde expresamos ideas, sentimientos, deseos de manera tranquila, sin ofender al otro. Hasta el momento se ha encontrado que la asertividad es una forma sana de comunicarnos con los seres que apreciamos y amamos.



Pasiva



Agresiva



Asertiva

Componentes no verbales de la asertividad

Contacto visual, volumen de voz audible, los gestos van de acuerdo con lo que quiero expresar, postura relajada, contacto físico (dependiendo de la situación) y acercamiento.

Componentes Verbales de la asertividad

Hablo en primera persona, siempre
Yo pienso
Yo siento
Yo digo
Yo deseo
A mí me gusta ...
A mí no parece ...

Quiero irme corriendo y decirle (dar que ir al baño, no decirle que voy al baño). Siempre
"Cuando me comunicas con un tono de voz alto, me miras a los ojos fuertemente yo me siento con mucho miedo y con ganas de escapar".
"Yo pienso que lo mejor sería que yo habláramos tranquilamente" según piense

Tengo de no utilizar el tú, mejor habla de "me" que tú siempre y siempre.
Ejemplos de cómo no hay que hablar:
Es que tú no me haces caso
Es que tú no me escuchas
¡Mírame!
A veces cuando hablo, y no voyas o no vienen los demás, creo pienso que yo quiero que no se les ponga.

Tengo de evitar el pero.
"Me gusta ir al cine pero me hubiera gustado que en otra ocasión"

Se asertivo: Te toca y decirle siempre que se pueda con claridad que es lo que yo te digo, no así que sea.
"Ella me dijo: '¡Mírame!'"
"Veo mojada que cuando tu ropa está en el suelo, no tienes tu cama y no lavas tu ropa"

Se sincero cuando me lo y con me dices.
No debes pasar más de 20 horas para felicitar a la persona que presenció una conducta adecuada y positiva, incluso que a veces claro su conducta es "¡", conocer cómo es su vida, sus intereses y necesidades al pero siempre que en privado que beneficiar.

Saber escuchar:

Verifica el contenido del mensaje antes de concluir y continuar el diálogo. Algunas de las frases que nos pueden ayudar a analizar la información son: Lo importante que quieres que yo sepa es... Lo estoy sintiendo (esto es irritable, alegre) por estar

Facilita la expresión de los demás. Saber escuchar requiere que facilitemos también el camino para que los demás nos comuniquen apropiadamente, y una forma de hacerlo es evitar de una manera directa, flexible, sin exigencias, para que nos compartan sus reacciones.

Ejemplos:

¿Qué opinas respecto a lo que te acabo de decir?

¿Quieres practicar más de eso?

Otras recomendaciones

De atención, ve a los ojos, no te distraigas, muéstrate interesada en lo que te dicen los demás. Deja que los demás expresen sus ideas y sentimientos sin adoptar posturas críticas y evaluativas antes de tiempo.

No permitas que tus emociones te hagan desconectar o bloquearte ante la información.

Defusión de deseos

1. Siempre que te sea posible evita que tu posición se interprete como demanda de respeto o mando asertivo.
2. Dale bien claro lo que quieres y siempre que sea posible especifica el grado de intensidad de tu deseo.

Ejemplos:

"A mí me gustaría que cuando yo hablara me miraras a los ojos y que tu tono de voz fuera más suave"

Defusión de sentimientos

1. Siempre que puedas, señala primero el comportamiento específico que involucra ese negativo y después tu sentimiento. Esto ayuda a no crear reacciones muy defensivas en los demás.
2. Explica primero con precisión lo que deseas y después con claridad, reflejando también la intensidad de la emoción.

Ejemplos:

"Cuando me dices que no eres de acuerdo cuando tu tono de voz me parece hostil"

"Por que no cuentas con la responsabilidad de venir tu cama y recoger tu cuarto desde hace días me hace estar muy nerviosa"

Defusión de sentimientos negativos difíciles

1. Después de haber hablado la conclusión de la otra persona que involucra o afecta, como repercusión de su forma concreta en tu vida, como te sientes y que deseas.
2. Evita expresiones agresivas.

Ejemplos:

"Cuando, continúas a gritar tu tono de voz y a verme de manera ruda, yo me siento muy mal, me gustaría mejor que te callaras de cara por unos momentos, cuando esto sucede"

Derechos humanos

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto
2. Reconocerlos de forma asertiva.
3. A ser tratado con respeto y dignidad.
3. A rechazar peticiones sin tener que sentirnos culpable o avergonzados.
4. A expresar y expresar tus propios sentimientos.
5. A demostrar y pasar áreas de acción.
6. A cambiar de opinión.
7. A pedir lo que quieras diciendo cuenta que la otra persona tiene derecho a decirme que no.
8. A hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. A ser independiente.
20. A decidir que hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
21. A pedir información.
22. A cometer errores y ser responsables de esos.
23. A sentirse a gusto consigo misma.
24. A tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las de los demás.
25. A tener opiniones y expresiones.
26. A decidir si satisfices las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses siempre que no violas los derechos de los demás.
27. A hablar sobre el problema con la persona involucrada y negociar, en caso (mientras que los derechos no estén de todos lados).
28. A obtener algo por lo que pagas.
29. A escoger comportarse de manera asertiva.
20. A tener derechos y defensas.
21. A ser escuchado cuando así lo deseas.
22. A hacer cualquier cosa mientras no violas los derechos de alguna otra persona.

*"Somos nuestro peor
verdugo, cuando nos
criticamos,
nos culpamos o nos
insultamos a
nosotras mismas, háblate
como a una amiga,
tente paciencia, escúchate
y concélate"*

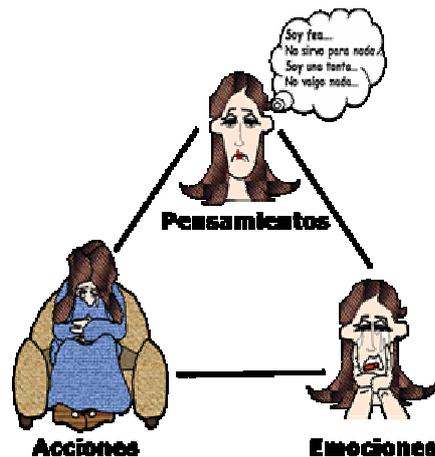


Pensamientos, emociones y conductas

Los pensamientos son todas las cosas que nos decimos o nos imaginamos. Los sentimientos son las sensaciones que siento con mi cuerpo y pueden ser: alegría, coraje, tristeza, ansiedad, vergüenza, miedo, frustración etc. La conducta es todo lo que realizo, son mis acciones.

Los pensamientos van a influir en el cómo me siento y en lo que hago o dejo de hacer.

Si constantemente me reprocho cosas, me insulto, me culpo, me desmotivo es muy probable que me sienta triste y que no haga las cosas que realmente quiero hacer.



Derren los pensamientos y Cuestionajos

Derrenación de pensamientos

Cuando los pensamientos negativos nos invaden la mente, podemos decirnos algunas frases o hacer algún ruido fuerte, para que ya no sigan, como: ¡Basta! ¡Cállate! ¡A! diablo! ¡Délame en paz! ¡Esa son tonterías! ¡No molestes! etc."

Tu puedes crear tu propia frase"

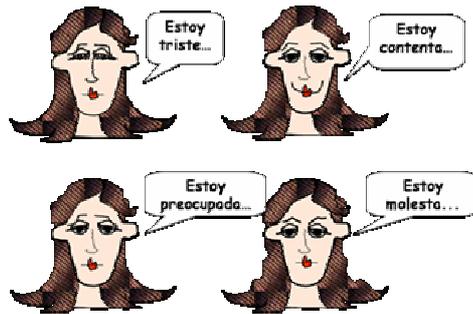
Si los pensamientos continúan puedes escucharlos y preguntarte:



Hay pensamientos que nos pueden ayudar a ser sanativos

1. Nosotros somos responsables de lo que sentimos. Las personas podemos permitir que las palabras de otros nos lastimen o no. Todo depende del control de nuestros pensamientos, sentimientos y Conductas. "Las personas no me pueden hacer sentir, yo me siento".
2. El deseo de hablar a las personas que realmente queremos no es la solución de un problema, lo que funciona realmente es hablarlo.
3. Para construir confianza en una relación es importante que expreses tus sentimientos en lugar de resentimientos ante los demás. Nuestros verdaderos sentimientos hacen que nos desconectemos de nosotros mismos.
4. La crítica no ayuda para que la conducta de otras personas cambie. Mejor concéntrate en solucionar el propio, no en criticar errores pasados.
5. Es imposible caerle bien a todo el mundo que conocemos. Mi valor como ser humano no depende de la aprobación de ninguna otra persona.
6. Es necesario conectar a las personas como se puedan llevar mejor con uno. Las personas no tienen poderes para ser la mente, hay que expresar nuestros deseos clara y abiertamente.
7. Es más fácil superar pensamientos, conductas, o sentimientos negativos decidiendo hacer algo diferente en el presente, que desentenderse en el pasado.
8. Las necesidades de uno son tan importantes como las de los demás. Si desconectamos de todo las necesidades de los demás en primer lugar, no voy a satisfacer las necesidades ni las de los otros. Lo mejor es dar y recibir. Preocuparse de sí misma de la misma forma que te preocupas por los demás.

Expresa tus sentimientos



"Yo le doy permiso a las personas de hacerme sentir bien o mal con sus palabras, yo tengo el control de mis sentimientos"

"Las personas no tienen una bola de cristal, para poder saber cuáles son mis necesidades o deseos"

"Yo no valgo más ni menos, que otro ser humano"

¿Por qué vales?

Imagina a un recién nacido, pregúntate:

¿Por qué vales?
¿Qué ha hecho? ¿Qué tiene? ¿Por qué crees que vales?
¿Por qué no te ves como a un bebé?



Autoaceptación Incondicional

Los siguientes puntos nos pueden ayudar para lograr una autoaceptación incondicional positiva:

- No nos podemos calificar por todo nuestro ser, pero podemos calificar partes de nosotros o cosas que nos pasan.
- Eres única y puedes equivocarte.
- Eres humano como todos, pero eres diferente en cosas específicas.
- La autoaceptación incondicional es una forma de vida flexible, no rígida.
- Cuando te aceptas incondicionalmente tus emociones son saludables y tu comportamiento es constructivo.
- Pléase en tí misma como valiosa porque eres humano, única y eres viva.
- La autoaceptación incondicional, promueve acciones constructivas no resignación.
- Puedes aprender a aceptarte a tí misma (pero nunca a la perfección o para siempre).
- El llegar a la autoaceptación incondicional requiere de esfuerzo, trabajo, fuerza y energía.

Solución de Problemas

1. Identifica el problema.
2. Buscar alternativas de solución.
3. Elige una alternativa de solución.
4. Decide que hacer.
5. Lleva a cabo la alternativa de solución.
6. Evalúa si funcionó.

*"Busca siempre muchas
opciones,
para resolver un problema,
recuerda que puedes resolver
los problemas poco a poco"*

Teléfonos de ayuda:

018009212511
Por una vida sin violencia

53 63 52 77
Instituto Nacional de las
Mujeres del Estado de México

Libros recomendados

Las mujeres que sufren demasiado
Aucora: Pamela Jayne
Editorial: Orano

Pensar bien, sentirse bien
Aucora: Walter RJSO
Editorial: Norma

Aprenderse a quererse así mismo
Aucora: Walter RJSO
Editorial: Norma

¿Es difícil ser mujer?
Una guía sobre la depresión
Aucora: Ma. Asunción Lara Carrú.
Editorial: Pax México.

Cómo ser tu mismo sin culpas
Aucora: Eduardo Aguilar Kudil
Editorial: Pax México

Anexo 7.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN

INTRODUCCIÓN

La práctica profesional en la maestría en Psicología es una pieza fundamental. Gracias a ésta los conocimientos adquiridos en el aula se fortalecen y se aplican. En este reporte se presenta un informe relativo a las actividades desarrolladas en la residencia en Medicina Conductual, en el Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrerón-Daimler Chrysler".

Este nosocomio se encuentra ubicado en el Estado de México, en el municipio de Atizapán de Zaragoza. Se localiza sobre la avenida Adolfo López Mateos, equina con Monte Sol, en la colonia Potrero. El hospital pertenece a la Jurisdicción de Atizapán, la cual a su vez esta regida por el Instituto de Salud del Estado de México, que depende de la Secretaría de Salud. Se inauguró el 27 de abril de 1987, en el sexenio del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, con financiamiento de la empresa Chrysler de México, la Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocaburi de Italia y el gobierno de los Países Bajos, lo cual permitió la edificación del inmueble y la instalación de equipos médicos.

El objetivo de este hospital es proporcionar atención médica de segundo nivel a toda la población de escasos recursos económicos, que habita en las zonas marginadas y que no está afiliada a ningún servicio del sector salud.

El hospital cuenta con cuatro especialidades básicas: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia. Las especialidades básicas están apoyadas por otras subespecialidades y disciplinas, en los servicios de consulta externa y hospitalización, como: Anatomía Patológica, Anestesia, Cirugía Maxilofacial, Estomatología, Medicina Preventiva, Neonatología, Ortopedia, Oftalmología, Psicología, Psiquiatría y Urología.

En el servicio de Ginecología y Obstetricia se realizó la práctica profesional que aquí

se reporta, durante todo el periodo de residencia. Este servicio esta compuesto por: un jefe de servicio, once médicos ginecobstretras adscritos, siete médicos residentes, médicos internos de pregrado y estudiantes de la carrera de Medicina. El personal de enfermería está compuesto por una supervisora de servicio, un jefe de servicio, veintidós enfermeras adscritas al servicio y pasantes de la carrera técnica de enfermería en el turno matutino.

La primera línea de autoridad es el jefe de servicio Dr. Alfonso Gerardo Carrera Riva-Palacio. La Dra. Rosa María Matías Armas, es jefe de Enseñanza. La supervisora In situ es la Lic. Areli Fernández Uribe, quien es Psicóloga adscrita a la División de Medicina Interna.

Durante el primer año sólo hubo una residente de Medicina Conductual, pero en el segundo año se incorporaron dos psicólogas más de la misma residencia. Durante el primer año de la maestría no se contó con supervisor académico, a mediados del segundo año la supervisora académica fue la Mtra. Bertha Molina Zepeda.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS DURANTE LA RESIDENCIA

El servicio de Ginecología y Obstetricia, no había contado anteriormente con el apoyo de residentes de la maestría en Psicología. Por esta razón, como punto de partida, se llevó a cabo un diagnóstico situacional. A través de este diagnóstico se detectaron las acciones que realiza el Servicio de Ginecología, mismas que están sustentadas en los programas señalados por el centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estos programas son:

1. Programa de Arranque Parejo en la Vida.

En este programa se describen las acciones a realizar por el personal de salud, para brindar atención al embarazo, parto y puerperio, también estipula que los niños deben de recibir atención antes de su nacimiento y hasta los dos años de edad (SSA, 2001).

2. Programa cáncer de la mujer.

“El objetivo de este programa es prevenir, diagnosticar y tratar el carcinoma Cervico-uterino y mamario en la población abierta que acuda al segundo nivel de atención”. (SSA, 2001)

3. Programa de salud reproductiva.

El objetivo es “ofrecer métodos de planificación familiar y estrategias de esparcimiento de sus embarazos a la población abierta para que libremente decidan el número de hijos y el momento para tenerlos” (SSA, 2001).

4. Programa mujer y salud.

El objetivo es “establecer un modelo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual en los tres alcances de prevención primaria, secundaria y terciaria. Atender integralmente a pacientes adolescentes, en: prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención de adicciones, o prevención de embarazo no deseado y atención de adolescentes embarazadas. Atención integral a pacientes climatéricas y con postmenopausia”. (SSA, 2001)

A través del diagnóstico situacional también se detectaron los recursos y los servicios con que cuenta el servicio de Ginecología y Obstetricia. Las residentes en Medicina Conductual contribuyeron a la ampliación de los servicios que brinda Ginecología y Obstetricia. A continuación se hace un recuento de la evolución de los recursos y servicios de Ginecología y Obstetricia a lo largo del periodo de residencia.

Área de Hospitalización

Es el lugar donde las pacientes se encuentran recuperándose de algún evento ginecobstétrico como parto, cesárea, aborto; o bien en espera de algún diagnóstico. Esta área cuenta con 35 camas distribuidas en tres camas por pabellón. En esta zona también se encuentra el Módulo MATER, en el que se brinda servicio a las pacientes que tienen un embarazo de alto riesgo. Las labores de apoyo de la residencia en Medicina conductual iniciaron con apoyo a pacientes en crisis. Posteriormente las residentes en Medicina Conductual estuvieron a cargo de la atención psicológica de las 35 camas en el área de hospitalización. En esta zona se detectaban a las pacientes sobrevivientes de violencia, se brindaba atención a las mujeres por duelo, ansiedad preoperatorio, ansiedad hospitalaria y planificación familiar. Dentro del área de hospitalización también se encuentra la Clínica de la Lactancia. Ésta es un salón, que cuenta con pizarrón, televisión, videocasetera y sillas donde el personal de salud imparten actividades académicas y pláticas de cuidados maternos, métodos de planificación familiar y de lactancia a las pacientes.

Consulta Externa

Es un servicio fundamentalmente para pacientes ambulatorios, que atiende a las pacientes referidas por los Centros de Salud, y que brinda seguimiento a las pacientes hospitalizadas. El servicio de Ginecología y Obstetricia en un inicio no brindaba consulta externa de Psicología. Posteriormente con la llegada de las residentes de Medicina Conductual comenzó a brindarse atención psicológica a pacientes con diversos padecimientos psicológicos.

Durante el segundo año de residencia, el apoyo psicológico en consulta externa se concentró en la atención a víctimas de violencia intrafamiliar, muchas de las cuales fueron referidas por los Centros de Salud. El Servicio de Ginecología y Obstetricia cuenta en total con cuatro consultorios médicos. La atención psicológica en Consulta Externa se brindaba, en un inicio, dentro de un consultorio médico, sin embargo a finales del primer año se construyó y asignó un cubículo especial para la atención de las usuarias.

Unidad Toco Quirúrgica

Es el lugar donde se realiza la atención quirúrgica de las pacientes. En este módulo se recibe a las pacientes de urgencias, para que reciban servicio médico de emergencia. La unidad toco quirúrgica cuenta con un consultorio de admisión, seis camas para las pacientes en trabajo de parto, dos salas de expulsión un quirófano y cinco camillas de recuperación.

En ésta unidad se brindó, de forma ocasional, atención psicológica a las pacientes que fueron referidas por violación.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Durante el primer año y segundo año, se llevaron diferentes actividades académicas, tales como:

- Exposición semanal de artículos previamente seleccionados, relacionados con psicología y ginecobstetricia. Los temas los elegía el jefe de la división y fueron los siguientes: Como leer revistas médicas, Medicina basada en evidencias, Fisiología materna y fetal, Complicaciones maternas durante el embarazo, Complicaciones médicas y embarazo, Complicaciones fetales y embarazo, Vigilancia fetal y ante parto, Parto, Anestesia y Obstetricia operatoria, Genética y Teratología, Puerperio, El neonato, Urología Ginecológica, Infección, Endocrinología, Menopausia, Subfertilidad,

Anticoncepción, Aborto, Embarazo Ectópico, Sexualidad y Síndrome premenstrual, Cirugía Ginecológica, Diagnóstico Ginecológico, Oncología Ginecológica, Enfermedad Trofoblástica, Patología Ginecológica, Enfermedades Mamarias, Complicaciones quirúrgicas durante el embarazo y Diagnóstico Prenatal.

- Se expusieron durante todo el año 2 casos de las pacientes atendidas en consulta externa.
- Se asistió a las sesiones generales del hospital.
- En el primer año no hubo supervisor académico, el coordinador de la maestría acudía a supervisar. A mediados del segundo año iniciaron las supervisiones académicas.

Las actividades académicas sirvieron para desarrollar habilidades para la exposición oral de artículos de investigación. El análisis y síntesis de los casos de los pacientes en consulta externa y las sesiones generales ayudaron a entender otras problemáticas de salud.

OTRAS ACTIVIDADES

- Se impartió a dos grupos del Taller de Depresión “Es difícil ser mujer”.
- Se realizó una propuesta de Taller de Sexualidad para adolescentes.
- En las sesiones generales se expusieron dos temas: Depresión, y Relación Médico – Paciente.
- Se colaboró en la capacitación y sensibilización del personal del hospital, para la atención de mujeres sobrevivientes de violencia.

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

Asistencia y participación al Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, FES Iztacala, UNAM, Edo. Mex. (2004)

Asistencia al foro: “Violencia Intrafamiliar y Sexual”, Hospital del niño y de la madre, ISEM, Toluca, Edo. Méx.(2004)

Curso a distancia: “Prevención y atención de la violencia intrafamiliar, sexual contra las mujeres” Hospital General de Atizapán, ISEM. Atizapán de Zaragoza, Edo. Méx.(2004).

Asistencia y participación al VIII Foro Interinstitucional en Salud ISEM Toluca, Edo. Mex (2005).

Asistencia y participación en el Foro de Excelencia en Arranque Parejo en la Vida, Cd de México. SSA, (2006).

BIBLIOGRAFIA

1. Ackard, D, Neumark-Sztainer, L (2003). Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: prevalence and associations with eating behaviors and psychological health. *Journal Child Sex Abuse*. 12-1, 17-37.
2. Augenbraun, M, Wilson, T y Alliser, L (2001). Domestic Violence Reported by Women Attending a Sexually Transmitted Disease Clinic . *Sexual Transmitted Diseases*. March Vol. 28 No. 3
3. Baker, C, Narris, F, Diaz, M, Perilla, J, Murphy, A, Hill, E (2005). Violence an PTSD in Mexico gender and regional differences *Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol*. 40-7 519-528.
4. Bosh, E y Ferrer,V. (2002).La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata. Madrid. Ediciones Cátedra 291pp.
5. Buviníc, M; Morrison, A y Shifter, S (1999). La violencia en las Américas: Marco de acción. En: El costo del silencio. Violencia Doméstica en las Américas. Morrison, A
6. Biehl, M Banco Interamericano de Desarrollo.
7. Campos, M (2000). Programas y políticas para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar en México ¿Hacia la equidad de género? Tesis de maestría en sociología política: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luís Mora. México, D.F.
8. Canterino, J, VanHorn, L, Harrigan, J, Ananth, C, Vintzileos, A (1999). Domestic abuse in pregnancy a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a direct interview. *Am. J Obstetric and Gynecology* 181 1049-1051.
9. Castro, R (2004) Violencia contra las mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos: UNAM. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
10. Cervantes, M (1999) Inventario de maltrato emocional en la pareja. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM.
11. Champion, J, Piper, J, Holden, A, Karte, J, Shain, R (2004). Abused women and risk for pelvic inflammatory disease. *West Nurs Res*. 26-2 176-191.
12. Coker, A, Sanderson, M, Fadden, M y Pirisi, L (2000). Intimate Partner Violence and Cervical Neoplasia. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* Vol. 9 No. 9 1015-1023.
13. Colmes; T y Rahe, H (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Reserch* Vol. 11.
14. CONMUJER (1999).Día Internacional de la Mujer 8 de marzo, México, Secretaría de Gobernación.
15. Convención Interamericana, Belém, Do Pará; (1994)

16. Corsi, J (1994) *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un gran problema social*. Buenos Aires: Paidós
17. Cruz-Almanza, M Gaona-Márquez, L y Sánchez-Sosa, J (2006). Empowering women abused by their problem drinker spouses: effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud Mental*. Nov.
18. De Barbieri, T (1990). Ni tanto ni tan poco: las reformas penales relativas a la violencia sexual en Debate feminista. México, año, 1 marzo del 99 pp. 345-356.
19. De viva, J, Zayfert, C, Pigeon, P y Mellman, T (2005). Treatment Residual Insomnia Alter CBT for PTSD: Case Studies. *Journal of Traumatic Stress* Vol. 18 No. 2. 155-159.
20. Echeburúa, E y Corral, P (1998) *Manual de Violencia Familiar*: Madrid Siglo XXI.
21. Elu, M y Pruneda, E (2000). Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de las mujeres embarazadas víctimas de violencia: Comité por una maternidad sin riesgos, SSA México DF.
22. Espinoza, H, Hernandez, B, Campero, L, Walker, D, Reynoso, S y Lanyer, A. (2003) Muertes maternas por aborto y por violencia en México: Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. *Reprod Human Peripato* 17 193-204.
23. Fergusson, D, Horwood, L, Ridder, E (2005) Partner Violence and Mental Health Outcomes in a New Zealand Birth Cohort. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 67 Issue 5, p1103-1119, 17p
24. Gambrill, E. (1977). An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior therapy.
25. González, G (1996). Sociedad civil organizada y poder parlamentario: un binomio posible en el caso de la reforma de los delitos sexuales. En: La violencia de género en México, un obstáculo para la democracia y el desarrollo en México :UAM González, G y Duarte, P
26. Gram, Rawlings, y Rimini (1998) Sobrevivientes del terror, mujeres maltratadas, rehenes y Síndrome de Estocolmo. En Yllo, K, Bogard, M Feminist perspectives on wife abuse. Newberry Park, Beverly Hills y Londres: Sage.
27. Helfer, R y Kempe, H (1968) *The battered child*. Chicago: University of Chicago Press.
28. Hou, W, Wang, H y Chung, H (2005), Domestic violence against women in Taiwan: their life-threatening situations, post-traumatic responses, and psychophysiological symptoms. An interview study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 42 Issue 6, p629-636, 8p
29. Hudson, W y McIntosh, S (1981) The assessment of spouse abuse: Two Quantifiable Dimensions. *Journal of Marriage and the family* 873-885.

30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2003). Encuesta nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). www.inegi.gob.mx
31. Instituto Nacional de Salud Pública, se realiza la primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2002) (ENVIM)
32. Jiménez, M (2003). Violencia Familiar en el DF. Universidad de la Cd. de México.
33. Jurado, S, Villegas, E, Méndez, L, Rodríguez, F, Loperena, F y Varela, R (1991). La estandarización de Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 345-357.
34. Koenig, L y Moore, J (2000). Women Violence and HIV: A Critical Evaluation with Implications for HIV Services. *Maternal and Child Journal* Vol. 4 No. 2. 109-103.
35. Koenig, L y Moore, J (2000). Women, Violence, and HIV: a Critical Evaluation with Implications for HIV Services. *Maternal and Child Health Journal*, Vol. 4 No. 2.
36. Lehrer, J, Buka, S, Gartmaker, S y Shrier, L (2006). Depressive symptomatology an a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults. *Arch Pedriatic Adolescents Med*. 160-3, 270-276.
37. Llamas, A (2000). Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar para el Distrito federal y reglamento. Modelo de atención a la violencia familiar (UAVIF).
38. Lozano, R (1999) Efectos de la violencia en la salud de la Ciudad de México. En: El costo del silencio. Violencia Doméstica en las Américas. Morrison, A Biehl, M Bamco Ineramericano de Desarrollo.
39. Medina, J (2002) Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España. Valencia: Tirant lo Blanch.
40. Medina-Rivera, F (2000). Violencia Intrafamiliar: Prevención y Manejo. Secretaría de Salud, SSA: México SLP.
41. Modelo Integrado Para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo (2004) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. SSA.
42. Monson, C, Rodríguez, B y Warner, R (2005). Cognitive Behavioral Therapy for PTSD in the Real World: Do interpersonal Relationships Make a Real Difference? *Journal of Clinical Psychology* . Vol. 61 (6) 751-761.

43. Morrison, L y Grunfeld, A (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *J Emerg Med.* Aug;19(2):117-24.
44. Neggerd, Y; Goldenberg, R; Cliver, S y Aut., J (2004). Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstetric Gynecol Scand* (2004) 83.
45. Nelson, H, Nigren, P, McInemey, Y y Klein, J (2004). Screening Women in Elderly Adults for Family Intimate Partner Violence: A Review of Evidence for de U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine.* Vol. 140 No. 5 387-404.
46. Norton, L, Peipert, J, Zierler, S, Lima, B, Hume, L (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol.* 1995 Mar;85(3):321-5.
47. Núñez-Rivas, H; Monge-Rojas, R; Gríos-Dávila, C; Elizondo-Ureña, A y Rojas-Chavarría, A (2003). La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública* 14 (2). 75-83 pp.
48. OMS-UNICEF (1978). Atención primaria a la salud: Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria a la salud. Alma Ata.
49. Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1994,
50. Organización Mundial de la Salud (2002) Capítulo IV. La violencia en la pareja. Informe Mundial de Violencia de Pareja en: www.who.com
51. Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe mundial sobre violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Waschintong. D. C:OPS, OMS.
52. Pan, H, Ehrensaft, M Heyman, R, O'Leary, D y Schwartz, R. (1997). Evaluating Partner Abuse in a Family Practice Clinic. *Clinical Research and Methods. Fam Med* 29. (7) 492-512.
53. Reynoso, L. y Seligson, I.(2005). Psicología clínica de la salud. México. Manual moderno..
54. Ramos, B; Carlson, B y McNutt, L. (2004) Life time abuse, mental health and African American Woman. *Journal of Family Violence*, Vol. 19 No. 3 June
55. Rojas, K (2000) Medición del maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja. En: La Psicología Social en México, Vol, VIII, AMEPSO, México.
56. Salinas, J. Planteamientos mexicanos en Beijing cuarta conferencia mundial sobre la mujer. Carta demográfica de México. *DemoS* ; 40: 42.
57. Schwartz y Weiss (1978) Citado en: Reynoso, L. y Seligson, I. Psicología clínica de la salud. México. Manual moderno; 2005.

58. Secretaría de Gobernación. Programa Nacional de la Mujer. (1994-2000), México PRONAM.
59. Secretaría de Salud Norma Oficial de Atención a la Violencia intrafamiliar (2000) (NOM-190-SSA1,1999) www.ssa.gob.mx
60. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Mujer y Salud (2002), México PROMSA
61. Silva, R, Cloitre, M, Davis, L, Levitt, J, Gómez, S, Ngai, I y Brown, E (2003) Early intervention with traumatized children. *Psychiatric Quarterly*. Vol. 74 No. 4 333-347.
62. Smith, M y Martin, F (1995). Domestic violence: recognition, intervention, and prevention. *Medsurg Nurs*.Feb;4(1):21-5.
63. Snodgrass, L (1993) Vietnamese refugees with PTSD symptomatology: Intervention via a coping skills model. *Journal of Traumatic Stress* 6 569-575.
64. Stein, B, Jaycox, L, Kataoka, S, Wong, M, Tu, W, Elliott, M y Fink, A (2003). A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence. *Journal of American Medical Association*. Vol 290.603-611
65. Straus, M (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence. The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the family* 75-88.
66. Taft, C; Murphy, Ch; King, L; Dedeyen, J y Musser, P (2005). Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology. Among Partners of Men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology* Vol. 114 No. 2
67. Torres, M (2001) La violencia en casa. Paidós: México DF
68. Trull, T y Phares, J (2003).Psicología clínica. México: Thomson.
69. UNIFEM(2001).Informe sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Balance de una década 1990-2000. ISIS: Internacional.
70. Uribe Elías Roberto y Billings, Deborah. (2003). Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy?
71. Valdez, R y Juárez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de la mujeres análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, Vol. 21. No. 8. pp. 1-10.
72. Valdez-Santiago, R y Sanín-Aguirre, L.(1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*. Vol. 38, No. 5. pp. 352-362.
73. Walker, (1994). The abused woman:therapy a survivor approach. New York: New Bridge.

74. Yick, A; Shibusawa, T y Agbayani-Siewert, P (2003) Partner violence, depression and Practice Implications with families of Chinese Descent. *Journal of Cultural Diversity* , Vol 10. No. 3, pp. 96-104.
75. Yllán, F (2003) Las intervenciones de la violencia. En: Uribe Elías Roberto y Billings, Deborah. *Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy?*