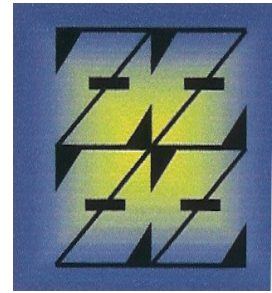




**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

CARRERA: PSICOLOGIA

TESIS:

**LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO
PROPUESTA DE INTERVENSION A LAS MUJERES
VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL: INVESTIGACION
DOCUMENTAL**

**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO EN
LICENCIATURA:**

**MENDOZA TOVAR LILIA
SOLANO MENDOZA TANIA**

TUTOR: LIC. JOSE ALBERTO MONTAÑO ALVAREZ



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.

ÍNDICE

Introducción	3
---------------------	----------

Capítulo 1 Violencia Conyugal

1.1	Definición de violencia conyugal	7
1.2	Tipos de violencia	8
1.2.1	Violencia física	8
1.2.2	Violencia emocional	9
1.2.3	Violencia sexual	9
1.2.4	Violencia económica, social y ambiental	10
1.3	Espacios que invade la violencia	11
1.4	Fases de la violencia	13
1.4.1	Fase 1 Acumulación de tensión	15
1.4.2	Fase 2 Episodio violento agudo	16
1.4.3	Fase 3 Conducta arrepentida, amante bondadoso	18
1.5	Causas de la violencia	20
1.5.1	Factores socio-culturales	21
1.6	Consecuencias de la violencia	25
1.6.1	Ámbito físico	25
1.6.2	Ambito laboral	26
1.6.3	Ambito social	26
1.6.4	Ambito psicológico	27
1.7	Creencias acerca de la violencia	28
1.8	Características del agresor / agredida	30
1.9	Incidencia de la violencia en México	36
1.10	Importancia de la atención.	38
1.11	Importancia de la prevención	40
1.12	Instituciones en México que atienden el problema de la violencia conyugal	43
1.13	Análisis de la violencia.	46

Capítulo 2 Terapia Cognitivo-Conductual

2.1	Conceptos y principios teóricos de la terapia Cognitivo-conductual	48
2.2	Objetivo de la terapia Cognitivo-Conductual	50
2.3	Modelo conceptual del cambio de conducta	51
2.4	Estrategias y técnicas	53
2.5	Terapia de reestructuración –cognitiva	57

Capítulo 3 Propuesta de Intervención para el Tratamiento de la Violencia conyugal desde el Enfoque Cognitivo-Conductual

3.1	Objetivos generales del tratamiento.	63
3.2	Estructura de la primera sesión	65
3.2.1	Informe de la terapia	66
3.3	Estructura y formato de la segunda sesión	67
3.3.1	Interrogatorio de pensamientos automáticos	69
3.3.2	Registro de pensamientos disfuncionales	71
3.3.3	Diagrama de Conceptualización Cognitiva	73
3.3.4	Formulario de tareas para el Hogar.	75
3.3.5	Formulario para el puente entre sesiones.	76
3.3.6	Formulario de creencias más funcionales	81
3.3.7	Formulario de creencias centrales.	82
3.3.8	Formulario de resolución de problemas.	84
3.3.9	Formulario de control y programación de actividades	85
3.4	Finalización y prevención de las recaídas	91
3.5	Aplicación de la terapia en casos de violencia conyugal.	92
4	Conclusiones	96
5	Propuestas.	99
6	Referencias	100
Anexos		104
Anexo 1 Propuesta de la ONU para prevenir la Violencia contra la Mujer		105
Anexo 2 Ficha de identificación		118
Anexo 3 Herramientas para evaluar el riesgo y la capacidad de respuesta ante la violencia conyugal		120

INTRODUCCIÓN

Uno de los propósitos fundamentales en la vida del ser humano se relaciona con la necesidad de madurar emocionalmente, consolidar el carácter, la armonía interior y la autoestima, desarrollar los valores y la conciencia de sí, construir la alegría y alcanzar el significado a través del encuentro con el amor, la comprensión y la creatividad, y de la paulatina aproximación al sentido pleno de la existencia.

Muchos elementos sociales, culturales y económicos pueden frenar y aún distorsionar estos propósitos, pero su fuerza motriz reside, primero, en darnos cuenta de que nos hacen falta, y después, de que alcanzar dichos propósitos solo será posible a través de un constante, valiente, humilde y decidido esfuerzo de conocimiento de sí mismo, es aquí donde la psicología brinda la ayuda necesaria para este fin. pues hoy en día, la psicología abarca un gran número de teorías, que si bien muchas de ellas difieren entre sí, ninguna es menos importante. Históricamente, esta disciplina surge a partir de ideas muy precarias sobre el alma y con el tiempo cierto número de intelectuales decide abandonar esta idea para dar paso a métodos científicos que dieran cuenta a las mismas interrogantes; la psicología puede abarcar dentro de su gran variedad áreas y corrientes que permiten el estudio el aprendizaje, la percepción, la atención, las emociones etc., todas ellas muy variadas, pero finalmente su propósito es brindar un servicio que sea funcional.

En Psicología clínica por ejemplo, gran cantidad de las dificultades que aquejan a las pacientes son los conflictos de pareja, debido a que la relación y el vínculo afectivo que existe entre ellos es un proceso que implica un intercambio de emociones, en este sentido, es precisamente en esta retroalimentación en la que los desacuerdos afloran por la inconformidad de un intercambio que no satisface la reciprocidad anhelada. Por esto es que dicha relación es un fenómeno complejo que implica la unión y convivencia entre dos personas que tienen una forma de ser, pensar y sentir diferentes,

en este sentido la relación de pareja es una interacción que pone a prueba las habilidades de sus miembros como lo es la comunicación en la solución de problemas, ya que en ella se proyectan sus historias y la habilidad que cada uno de los miembros tiene para escuchar, enfrentar y negociar, cada uno de los problemas, que a lo largo de la relación se puedan presentar. Y cuando la estrategia para solucionar problemas no es la adecuada se puede desencadenar la violencia dentro de la pareja.

El fenómeno de la violencia en la pareja, se ve influido por un modelo familiar como hombres golpeadores y madres sumisas: víctimas o testigos de violencia en su familia de origen, podría decirse que en una relación de pareja violenta, ambas personas han incorporado en su proceso de aprendizaje, un conjunto de creencias, valores y actitudes que en su confirmación estereotipada delimitan la “mística masculina y femenina”: los hombres son la máxima autoridad de la casa, independientes, libres, individualistas, objetivos, racionales, jueces en la última instancia; han aprendido a tener restricción emocional, etc., a las mujeres se les ha considerado dependientes, débiles, sumisas, emotivas, no inteligentes, lloronas, aptas solo para trabajar dentro del hogar, etc. Además hay que tomar en cuenta que no solo los antecedentes de las personas influyen si no los medios de comunicación como por ejemplo la televisión con sus excesivos programas de violencia, el gobierno por no implementar programas preventivos para evitar la violencia y por los precarios sistemas legales con los que cuenta pero también la sociedad en general que influye sobre los valores socioculturales, en las comunidades aumentan el nivel de violencia en la familia, al reflejar el nivel de agresión en la sociedad perpetuando el modelo, un ejemplo de esta sociedad es la Árabe que tolera la violencia contra la mujer. Lo anterior se da una forma tradicional en la que el hombre es un ser único con la capacidad de, el saber, el hacer, y el merecer.

Hierro, (1994) hace mención que los valores y las normas de una cultura patriarcal tienden a favorecer al genero masculino a expensas del genero femenino.

Por estas razones el objetivo **de esta tesis** es hacer una recopilación teórico de la violencia conyugal y sugerir una propuesta de intervención a partir de la terapia Cognitivo-Conductual, elegimos esta corriente ya que a lo largo de **nuestra formación profesional, durante las clases, en las terapias de práctica que tuvimos en las clínicas y en el servicio social, se abordó dicha problemática de manera general, la psicología clínica tiene una labor importante en la formación de terapeutas con herramientas adecuadas para la intervención psicológica, no dejándonos a nuestra suerte con las pocas o nulas herramientas que se proporcionan durante la formación del psicólogo, pues si bien es un problema que no se puede erradicar, si se puede controlar, prevenir y tratar a partir de la intervención del psicólogo clínico con la terapia.**

El capítulo uno, contiene los aspectos sociales importantes vinculados con la violencia conyugal sus características, las diferentes formas en las que se da la violencia, la manera en que se van dando sus fases de manera creciente, las causas por las que se da el fenómeno, las consecuencias que tiene en los ámbitos físico, laboral, social y psicológico, las instituciones en México que atienden esta problemática, además de la relación existente entre el agresor y la agredida, las manifestaciones de violencia dentro del circulo familiar y las consecuencias que esta acarrea para sus participantes así como la necesidad de establecer la importancia que tiene la prevención de la violencia.

En el capitulo dos se presenta una revisión teórica a cerca de la terapia cognitivo-conductual, dentro de la cual se señala el objetivo que tiene esta terapia al cambio de conducta del individuo, cuales son las diferentes

técnicas y estrategias que maneja, así como la estructura y supuestos fundamentales de las dos corrientes principales que aborda.

En el capítulo tres se plantea el enfoque teórico y terapéutico de la terapia cognitivo-conductual, que mediante la aplicación de sus técnicas posibilita un cambio de conducta a través de la modificación de las cogniciones como son los pensamientos, los sentimientos, las autoverbalizaciones, las interpretaciones, las suposiciones y las estrategias de respuesta en las víctimas de violencia conyugal. Finalmente, elabora una propuesta de intervención para el tratamiento de la violencia conyugal desde la Terapia Cognitivo-Conductual.

1.-Violencia Conyugal.

Definición de Violencia Conyugal

La violencia conyugal es un fenómeno tan extendido, que se le considera como un problema social grave que va en aumento con el paso del tiempo, la violencia más frecuente es la de los hombres hacia las mujeres debido a las normas y valores relacionados con los géneros sitúan a la mujer en una posición subordinada respecto al hombre mantienen y refuerzan la violencia conyugal, esto sucede en todas las clases sociales religiones y niveles educativos, aunque existen variaciones asociadas a la raza, clase social, la geografía o la región feministas y otros estudiosos identificaron las relaciones de desigualdad entre los géneros como la pieza clave de la violencia contra la mujer. El contexto cultural específicos desempeña un papel importante a la hora de definir los mecanismos por lo que la desigualdad de género influyen en esta violencia. Por ejemplo en el nivel familiar el dominio y control masculino sobre la riqueza parecen importantes, mientras que en el ámbito macro social serian los conceptos de titularidad/propiedad del hombre sobre la mujer, de masculinidad vinculada a la agresión y al dominio de las atribuciones rígidas de genero y de la aceptación de la violencia interpersonal como forma de resolver conflictos, constituyendo no solo un fenómeno histórico que refleja los patrones de comportamiento y los roles de género asimilados socioculturalmente a lo largo del desarrollo de la humanidad, sino también un problema social y actual con altos costos económicos para el estado y la sociedad y puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico de una comunidad (García, 2000).

Para Vázquez (1990) la violencia conyugal es:

“Es cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico o psicológico a cualquiera de los cónyuges, tanto en el ámbito público

como en el privado, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica y que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, la amenaza de esos actos comprende, la coerción y la privación arbitraria de su libertad.”

Vitela (2005) menciona que la violencia conyugal conforma un grave daño físico y psicológico que puede causar una conducta criminal, a demás de que presenta las siguientes constantes:

- Es un medio utilizado para ejercer control y poder sobre la pareja.
- Se desarrolla progresivamente.
- Con el tiempo se vuelve más frecuente y cambia de forma.

La violencia contra la mujer tiene diversas formas de manifestación, desde la sutileza y el "convencimiento amoroso", hasta la brutalidad extrema; pero siempre refleja la prepotencia masculina, la subvaloración de la figura femenina y el afán de dominio y de control del comportamiento ajeno. (Vitela, 2005).

Tipos de violencia

El maltrato hacia la mujer por parte de su compañero o pareja ha cobrado mayor importancia para los investigadores entre los cuales se encuentran Delgadillo, Alarcón, Velásquez, Bueno y Cepeda (1999) quienes hacen la siguiente clasificación de la violencia :

Violencia física

La violencia física se puede clasificar de dos formas, una con el contacto directo con el cuerpo de la víctima y la otra consiste en limitar sus

movimientos. La primera se caracteriza por golpes, jalones, empujones, cachetadas, arrojar sustancias al cuerpo, torturarla. La segunda incluye, encerrarla, lesionarla con objetos punzo-cortantes o armas de fuego, escupirla, orinarla, arrojarle objetos, perseguirla.

La violencia física también se puede manifestar al realizar actos violentos alrededor de la persona, ya sea rompiendo o golpeando objetos que tienen un significado importante para ella. Se considera que la violencia física es el último recurso que utiliza el hombre, ya que antes ha tratado de controlar a la pareja de formas más sutiles ejerciendo violencia emocional o verbal.

Del Bosque (2003) además menciona dentro de la violencia física a la violencia objetal o ambiental, en la cual el hombre abusa esculcando, tirando o maltratando los objetos personales de su pareja.

Violencia emocional

Se considera a esta violencia como una tortura que mantiene a la víctima desequilibrada. Se manifiesta con actitudes para invalidar, criticar, juzgar y descalificar a la mujer. Esto incluye el desprecio, acuso de infidelidad, insultos, humillaciones, amenazas, los dobles mensajes, ignorarla, chantajearla, manipularla, mediante técnicas como negación, el reescribir la historia y el desplazamiento de la culpa.

El varón desea que su pareja compita por la atención y los buenos tratos, y es común que dé un mejor trato a las personas que no viven con él, lo cual considera una forma de castigo constante, con el fin de controlar a su compañera, para que esta pierda la confianza en sí misma, esto causa confusión en la mujer pues no sabe porque su pareja a cambiado, y esto le causa depresión, ansiedad, nerviosismo y trata de resolver las fallas que piensa son de ella, además tiene que invertir tiempo para recuperarse emocionalmente. La violencia emocional es la más importante para la mujer, pues si el hombre la ejerce la obliga a depender de él.

Violencia sexual

Es un tipo de violencia que se ubica en el área de la violencia física y consiste en imponerle a la mujer ideas y actos sexuales por medio de palabras obscenas (violencia verbal). Además el hombre se jacta de tener relaciones sexuales con otras mujeres; él hace esto con la finalidad de menospreciar a su pareja y hacerla sentir incapaz y sin valor, en algunos casos aplica la fuerza física para tener relaciones sin su consentimiento, él considera que tiene derecho de hacer lo que quiera, para ello utiliza diversas formas desde convencer con regalos o dinero o bien amenaza y/o golpea a su pareja, la toca cuando ella no lo desea, la espía cuando asiste al sanitario o esta vistiéndose. El abuso sexual se presenta cuando el cónyuge le exige a su pareja tener relaciones sexuales, a copiar modelos de la pornografía, o prostituirse, utilizándola como descarga hostil una vez que ha adquirido casi todo el control sobre ella y después se disgusta por no obtener el placer deseado.

La violencia sexual invade todos los espacios de la mujer, ya que rompe todas las defensas de la víctima y la deja desprotegida, destruyendo el auto concepto, aniquilando el poder y las fronteras de la mujer.

Violencia económica, social y ambiental.

Se entiende por violencia económica el control, restricción o negación de los recursos económicos. También incluye el caso en el que el varón no provee capital para satisfacer las necesidades básicas, tanto de ella como de los hijos, pueden existir variantes como el que sólo les da dinero a los hijos, o él realice las compras; así mismo, apoderarse de los bienes de ella de manera ilegal, revisar su billetera, o bien sólo él tiene acceso al ingreso económico de la familia.

En cuanto a la violencia social; la humilla en público, le impide trabajar, estudiar o acudir a reuniones sociales, la obliga a maquillarse, vestirse y

comportarse como él quiere, la hostiga y la hace creer que está loca, rompe objetos de él, de ella y para el hogar, invade la casa con elementos que a ella le atemorizan o desagradan.

Con todo ello él hombre le transmite la idea de que ella no es importante, por lo tanto, no invierte su capital en sus necesidades. Lo que hace sentir a la mujer poco valorada y la obliga a depender totalmente de él, sin embargo, la mujer se encuentra ocupada o presionada pensando en como satisfacer las necesidades de su familia, lo que agrega un punto de conflicto más para ella.

Espacios que Invade la Violencia Conyugal

Ramírez (2000) afirma que la violencia conyugal se refiere a la “agresión o al daño deliberado que el hombre comete en el hogar contra su pareja atentando invadiendo o violando los espacios de la otra persona, sin su permiso, para quitarle su poder y mantenerla desequilibrada por que el objetivo de la violencia es vencer su resistencia y obtener su subyugación.

Esta invasión de espacios consiste en tomar el ámbito territorial que una persona necesita para sobrevivir y para desarrollarse sana y plenamente, entre más espacios invade el hombre, mas poder y control ejerce sobre su pareja y, por ende viola los derechos humanos que ésta posee. Los seres humanos contamos con cinco espacios: físico, intelectual, emocional, social y cultural que a continuación se describen:

- **Espacio Físico:** considera el cuerpo de la mujer que incluye características individuales como la piel, color, movimientos, expresiones, sus formas de percepción (los cinco sentidos). De igual forma, el espacio físico hace referencia al lugar en el que desarrolla sus actividades personales, tales como la vivienda, el dormitorio, el lugar de descanso, trabajo o entretenimiento, el baño, etc. Con ello se tiene un efecto directo sobre su cuerpo, siendo el espacio emocional es el más agredido, cuando la

violencia no termina con la muerte. Así mismo, el espacio social se vulnera ya que la mujer siente vergüenza por los moretones visibles y por lo tanto limita sus contactos sociales, así como también restringe su comunicación ocasionando con ello limitar su espacio intelectual.

- **Espacio Emocional:** se refiere a los sentimientos y emociones del individuo, inclusive la forma de reacción interna del sujeto hacia el medio ambiente y hacia sí mismo. Este espacio se estima como el más importante y personal, debido a que mediante las emociones entendemos nuestra relación con los hechos o personas determinadas. Cuando se dañan las emociones las decisiones que se toman pueden estar equivocadas, pues no se distingue lo que nos duele o nos da alegría (crisis).

El hombre violento trata de desequilibrar las emociones de la mujer para que ella no entienda las razones para evitar la violencia.

- **Espacio Intelectual:** incluye las creencias, ideas y pensamientos del individuo. Se piensa que las ideas son impresiones simbólicas de un suceso y el pensamiento es el vehículo mediante el cual entiende y crea soluciones a los sucesos. Así mismo, el espacio intelectual le da la posibilidad de saberse diferente y valorarse como sujeto interrelacionándose con otros individuos. Su concepción del mundo es única y la desarrolla a través de la experiencia particular, el aprendizaje social y cultural. Cuando el hombre invade este espacio anula las ideas y pensamientos de la mujer, para que ella no logre su independencia y lo consulte antes de tomar cualquier decisión, así le asegura el control sobre sus actividades.

- **Espacio Social:** es aquel en el que se desarrollan contactos, interacciones e intercambio entre dos o más personas. También incluye el grupo de individuos con los cuales se convive, comunica y desenvuelve cualquier persona ya sea por relación de trabajo, familiar o recreativa. El

hombre tiende a controlar las relaciones sociales de la mujer y aprobar el tipo de contacto que tiene con otros.

Al limitar las interacciones sociales el hombre le quita poder, ya que entre más dependa de él, menos dependerá de otros y no tendrá apoyo en otras personas al no poder comparar su experiencia con otros puntos de vista lo que la lleva al aislamiento.

- **Espacio Cultural:** incluye las formas de procesar la realidad de conformidad con el aprendizaje que la persona ha tenido en su grupo social, familiar, religioso, educativo, geográfico, étnico, económico, etc. Cada familia desarrolla su propia cultura y conforma una visión particular de un suceso, así pues ante un mismo hecho dos familias de la misma localidad pueden reaccionar aceptándolo o rechazándolo, tal es el caso de la violencia.

Culturalmente se acepta la superioridad del hombre y de la mujer de acuerdo a los estereotipos y roles tradicionales, esto le forma una visión en la que el hombre es el que decide lo que se va a hacer (Ramírez, 2000).

Como ya se mencionó, entre más espacios invade el hombre mayor poder y control tendrá sobre su pareja. Así mismo el tipo de violencia que se ejerce está en estrecha relación con dichos espacios.

Fases de la Violencia Conyugal

Cuando una mujer se encuentra dentro de la violencia los golpes provocan heridas invisibles, y emocionalmente se encuentra vulnerable el temor que experimenta, le crea una tensión que genera problemas físicos y psíquicos e incluso la posibilidad de suicidio.

De acuerdo con Walker (1979) la violencia a la mujer se presenta en forma cíclica y tiene algunas de las siguientes características:

1. Sorpresa inicial. A las mujeres les sorprende el hecho de que sus esposos fueran capaces de ejercer violencia, ya que los describen como suaves y gentiles, actitudes consideradas como fachada de hostilidad.

2. Las golpizas graves no son predecibles. La mujer que ha pasado varias veces por el ciclo no es capaz de predecir cuando se presentara un acontecimiento violento, ni la magnitud del mismo, ya que éste es controlado únicamente por el hombre.

3. Aumento de los celos. El hombre violento siente celos de otros hombres y de todo tipo de familiares con los que su mujer tiene contacto, aumenta la posesión de todo el espacio social de su mujer.

4. Sexualidad inusual. Las mujeres maltratadas han reportado que sus esposos presentan conductas inusuales, incestuosas o seductoras con sus hijas.

5. Recuerdo lúcido de una golpiza grave. Para las mujeres es fácil recordar el episodio violento y narrarlo a la gente, la cual evita escucharla, aumentando el sentimiento de vergüenza y la carencia de apoyo.

6. Encubrimiento. No obstante las mujeres son capaces de recordar lúcidamente las experiencias violentas, es frecuente que nieguen y oculten tal información a fin de proteger a sus compañeros golpeadores. Al existir poca gente disponible para escuchar y mujeres dispuestas a negar, se gesta la conspiración del silencio.

7. Alcoholismo. Las mujeres maltratadas señalan la incapacidad de los hombres para controlar sus conductas violentas bajo el influjo del alcohol.

8. Marcado abuso psicológico. Las mujeres maltratadas manifiestan que continuamente son objeto de críticas y agresiones verbales mediante las cuales los hombres las acusan de sus fallas y son ellas las que siempre pierden.

9. Amenazas de agredir a familiares. Los hombres violentos asustan a la mujer con agredir á su familia o amistades; ellas piensan que sí son capaces de cumplir sus amenazas.

10. Pánico por la inducción de objetos para golpear. Además de que los hombres utilizan la descripción de los episodios violentos para torturar y asustar a la mujer.

11. Omnipotencia. Los hombres violentos son capaces de hacer cosas positivas y negativas, hacia su compañera, que otros individuos no harían, así muestra señales de que es todo poderoso, por lo tanto la mujer se considera frágil.

12. Conciencia del peligro de muerte. Las mujeres maltratadas manifiestan que su pareja podría matarlas, consideran que las amenazas no son falsas pues si serían capaces de hacerlo.

Aparte de las características descritas, Walker (1979) ha identificado que la violencia ocurre en tres fases, que a continuación se describen:

• Fase 1 Acumulación de la tensión

En este estadio existen golpes menores. La mujer intenta tranquilizar a su pareja por medio de conductas que anteriormente le han dado resultado, tales como ser cariñosa, complaciente o evitar entrometerse en los asuntos de él. La mujer acepta el abuso de su pareja como un hecho justificado y no por que crea que le debe pegar, sino porque cree que debe tratar de que él no se enoje para que no le pegue; si esto sucede no habrá incidentes pero si él estalla, se siente con miedo.

La mujer se mantiene preocupada tratando de que el episodio no se vuelva a repetir, por lo tanto no se da cuenta de la situación real. Se considera que la mujer utiliza inconscientemente la negación como mecanismo de defensa, ya que niega a sí misma su enojo y que ha sido herida tanto psicológica como físicamente. Poco después, racionaliza que posiblemente sí merece el abuso y, a menudo, se identifica con el razonamiento de su compañero, cualquier incidente que provoque violencia en el hombre tiende a ser minimizado por la mujer, atribuyéndolo a problemas personales, de trabajo o alcohol. Al atribuir a factores externos el

comportamiento violento del hombre, la mujer se incapacita ante el problema y piensa que no puede hacer nada ante la situación. En este momento, la mujer piensa que debe dejar pasar el tiempo para que la situación y la conducta de su compañero cambie.

Las mujeres maltratadas reportan un aumento considerable de los episodios violentos con el paso de los años, piensan que pueden controlar a su pareja, para ello utilizan la misma defensa psicológica de la negación. En los inicios de esta primera fase si la mujer tiene el control, lo pierde cuando la tensión aumenta, provocándole enojo, que es incapaz de reconocer y expresar. El varón, al observar la pasividad de la mujer ante los episodios abusivos, no tiene interés en controlarse. Tal actitud es reforzada por creer que tiene derecho a disciplinar a su mujer. De antemano sabe que su conducta violenta no es la adecuada, por eso se presenta sólo en la casa, y lo oculta mostrándose amable en público; como el hombre tiene miedo de que por su conducta la mujer se enoje y lo deje, se comporta más opresivo, celoso y posesivo, creyendo que así la puede mantener junto a él, pues en el pasado esto le ha dado resultado.

Esta fase puede durar años, la mujer reconoce la situación y trata de controlar las influencias externas, a tal grado que vigila la conducta de sus familiares y existen acuerdos en los que éstos deben evitar estar presentes cuando existe algún signo de alarma, ya que saben que pueden resultar heridos, pues el compañero es capaz de hacer más daño.

Cuando ambos se dan cuenta de que la escalada de tensión va en aumento les es difícil soportarse. El hombre se torna más violento y posesivo, los ataques verbales y humillaciones psicológicas se vuelven más prolongados y hostiles al mismo tiempo que los golpes son mas frecuentes. Por todo esto la mujer maltratada es incapaz de restaurar el equilibrio tal como lo hacia al principio de la fase y tiene temor a que se desencadene la violencia, pues la tensión es ya insoportable.

- **Fase 2 Episodio violento agudo.**

En esta fase la acumulación de la tensión que se da en la fase 1 ocasiona un episodio abusivo, La falta de control y la destructividad del esposo marcan esta fase con conductas tales como: palabras ofensivas, golpes, amenazas, y la destrucción de las pertenencias de su compañera lo que no quiere decir que los incidentes de la primera fase fueran leves, más bien eran diferentes.

Durante esta fase el golpeador se justifica ante sí argumentando que su esposa necesitaba una lección, pero finalmente no sabe lo que paso, pues cuando se detiene la mujer ya está golpeada. Cuando los esposos describen estos incidentes se justifican con los sucesos característicos de la primera fase, como él haber bebido o llegar cansado del trabajo. Tampoco se sabe si el hombre se detuvo por que se canso o se conmovió, lo que sí se sabe es que haga lo que haga la mujer, ésta será golpeada, ya sea que se quede quieta o por defensa responda.

Cuando la mujer se encuentra en esta fase sabe que sigue un período de calma, debido a que no es la primera vez que pasa por esta situación por lo que en ocasiones puede propiciar que el esposo explote, así puede sentir que tiene algún control sobre la situación y que no está a la disposición de la pareja, aunque se sabe que este proceso es inconsciente.

Esta fase puede durar entre 2 y 24 horas a diferencia de la primera que como ya se menciona puede durar años y la tercera, aunque algunas mujeres reportan haber estado más de una semana inmersas en el terror. De la misma manera, ésta etapa no es predecible ni controlable.

El sólo hecho de pensar en lo que pueda ocurrir, provoca ciertos síntomas en la mujer que van desde el insomnio y la pérdida de apetito, hasta el abuso de la comida y de los periodos de sueño, sintiéndose siempre cansada. También se han reportado dolores en la cabeza, estómago, presión alta, reacciones en la piel y palpitaciones cardiacas entre otras.

La información anterior fue proporcionada por mujeres maltratadas, pues los hombres golpeadores no pueden describir esta fase y no se tiene

testimonio de terceras personas, pero se cree que la presencia de alguien más cambiaría la naturaleza de la violencia entre los cónyuges. Todo esto partiendo de la premisa de que el hombre sabe que su conducta violenta es inadecuada. Así mismo se piensa que los hombres violentos son los que pueden terminar con la fase, lo único que puede hacer la mujer es ponerse a salvo en un lugar seguro.

La mujer manifiesta ser consciente en todo momento de lo que ocurre en el episodio violento y opta por no poner resistencia, en este momento no le duelen los golpes ni el maltrato psicológico pues tiene la impresión de no ser ella sino otra persona la que es golpeada. Ella misma puede relatar con lujo de detalles lo que paso, esto sugiere que hay concentración y es tal vez lo que permite que siga viva; sin embargo, le cuesta trabajo describir su comportamiento durante el ataque, lo que demuestra la poca importancia que le da a escapar de la situación.

El final de la fase aguda se presenta mediante un shock, con el consabido mecanismo de defensa de la negación. También los cónyuges racionalizan la gravedad de los ataques; debido a esto, las mujeres sólo buscan ayuda cuando están mal heridas. Los médicos reportan que su comportamiento es similar al que presentan las víctimas de catástrofes, es decir estas personas sufren un colapso emocional durante las siguientes 18 a 24 horas posteriores al evento. La sintomatología que presentan es: depresión, sentimiento de desamparo e indiferencia. Las mujeres maltratadas se mantienen aisladas por varios días antes de solicitar ayuda médica, psicológica o psiquiátrica, presentan un reacción conocida como síndrome de acción retrasada debido a que piensan que no hay quien las proteja de su agresor, incluyendo las leyes, ya que saben que emprender una acción legal costaría dinero y tiempo y con mayor razón si han sido desalentadas, ya que en algunos casos las autoridades les hacen mención de la cantidad de mujeres en su misma situación, lo largo del proceso, etc. al presentar los cargos y al tomar la declaración de minimizar el hecho. Esto indica que la autoridades no tiene la preparación necesaria para enfrentarse y responder de una manera

adecuada a estas situaciones, además les es difícil entender por qué es rechazada su intervención por parte de las mujeres cuando acuden en su auxilio, e interpretan la actitud de estas como complicidad con el hombre golpeador y no comprenden el miedo de la mujer ya que cuando se retiren, la mujer quedara sola y aterrada de que continúe el maltrato y pretende demostrar lealtad a la pareja con la esperanza de que él no la maltrate.

- **Fase 3 Conducta arrepentida, amante bondadosa.**

En esta fase se demuestran sentimientos de arrepentimiento y afecto por parte del agresor, El hombre sabe que actuó de forma inapropiada, y trata de reparar los hechos con conductas cariñosas y encantadoras, se siente culpable y se disculpa por lo sucedido en las fases anteriores. Asegura que no volverá a violentarse, ni a lastimar a su pareja, creyendo firmemente en su capacidad de control, visualiza que ella ya aprendió la lección y que no necesitará volver a pegarle, ingeniándose las para convencerse de que así será, tratando de demostrar su sinceridad, dejando de realizar actividades que provoquen su ansiedad.

Al inicio de esta fase es cuando generalmente las mujeres recurren al apoyo psicológico, pues consideran que es el momento de huir, cuando el hombre se da cuenta de la situación trata de retener a la pareja convenciendo a los familiares mas cercanos acerca de su cambio para que estos puedan interceder por él ante su pareja utilizando a los hijos para tal objetivo Debido a los modelos tradicionales inculcados sobre el amor, la mujer siente fácilmente culpa al querer abandonar el hogar, aún sabiendo que no son felices. Además la mujer poco puede hacer para ayudar al hombre quedándose con él. En los casos analizados, cuando la mujer se ha ido es cuando el hombre busca ayuda para recuperarla.

Es esta tercera fase cuando la conducta cariñosa del hombre le hace creer a la esposa que en verdad ha cambiado y revive el sueño original sobre lo bello que es el amor, decidiendo continuar con la relación. A pesar

de que la mujer ha sido golpeada, cree en la sinceridad y en el amor de él, pensando que quienes se quieren pueden superar toda clase de conflictos. En este periodo el hombre se encarga de mostrarse como ella desea: fuerte, protector, cariñoso, también cree que con su ayuda él será siempre así, esta conducta de arrepentimiento de él revela una personalidad frágil e insegura, además utiliza el chantaje para retener a la mujer, amenazándola con el suicidio, en caso de que ella lo deje, por el aspecto simbiótico dentro del cual vive la pareja en donde aparentemente depende uno del otro, ella retira las acusaciones legales, sigue con él tratando de arreglar su matrimonio.

Para ella la satisfacción de estar casada la encuentra en esta fase por lo que le es más difícil terminar la relación; sin embargo, también es en este momento cuando puede recibir ayuda. Si la mujer ha vivido varias veces episodios de violencia, peligrando física y psicológicamente, llega a sentir odio y vergüenza por sí misma, al no poder dejar la relación.

La duración de la fase es variable, no se conoce como termina; no obstante, la mayoría de las mujeres reportan que sin darse cuenta comienza nuevamente la tensión. Las mujeres se esfuerzan por que esta fase tenga una larga duración y si vuelven a la primera fase, ellas pierden el control, dejando escapar su coraje y llegando incluso a atacar o matar, pues sienten que no puede soportar más malos tratos, principalmente cuando la fase uno y dos fueron cortas y la tercera larga.

La alternancia entre amabilidad y maltrato mantiene viva en la mujer la esperanza de que no volverá a ocurrir y piensa que es su responsabilidad lograr que su pareja permanezca sin alterarse. Cuando las mujeres, se dan cuenta de que no pueden impedir que la violencia ocurra, presentan el Síndrome de la Indefensión Aprendida. Es un síndrome de adaptación psicológica de cuatro fases:

- a) **Desencadenante, provocada por los primeros malos tratos.**
- b) **Reorientación, ella ya no tiene redes sociales y está aislada.**

- c) resistencia pasiva, donde se auto inculpa asumiendo el modelo mental del compañero.
- d) Fase de adaptación, en la que la mujer ya no tiene fuerzas ni recursos psicológicos para salir de la violencia y suspende todo juicio crítico sobre el maltratador, adaptándose a la situación para salvar su vida o la de sus hijos.

Debido a las características ya descritas, cabe resaltar que de la violencia no se sale sin asistencia psicológica y gran apoyo social. No se debe olvidar que la violencia es un problema que la sociedad causa a las mujeres, y no es su responsabilidad acabar con ella, sino de toda la sociedad.

Causas de la Violencia

Las causas que provocan la violencia tienen diversos factores socioculturales, por lo que son muchos los aspectos sobre los que se puede intervenir. Hay que considerar la vulnerabilidad de la familia y el individuo (las experiencias de socialización), el estrés situacional (acontecimientos en el ciclo de vida) y los recursos individuales y familiares para afrontarlos. Además hay que tomar en cuenta el contexto sociocultural que los envuelve.

Factores socioculturales.

De acuerdo con Gelles y Straus (1979; en Stith y Rosen, 1992) determinaron que la familia es el grupo social más violento de la sociedad y la probabilidad de ser golpeado o asesinado en el hogar por un miembro de la familia es mayor que en cualquier otro grupo social, debido a que:

- 1) La mayoría de los miembros pasan más tiempo juntos que los miembros de otros grupos.
- 2) Dentro de la familia existen múltiples actividades e intereses.

3) Los miembros están implicados emocionalmente entre sí y responden más intensamente cuando se suscita un conflicto interno que cuando se trata de un conflicto externo.

4) La mayoría de las decisiones tomadas por los miembros conllevan conflictos de intereses y vulneran la libertad de los otros para realizar actividades diferentes.

5) Al pertenecer a una familia existe el derecho implícito de influir en la conducta de los otros.

6) La familia está compuesta por personas de diferentes edades y sexo.

7) El estatus y el rol familiar son asignados por las características biológicas y no por la competencia e intereses, ocasionando diferencias y discrepancias entre talento y rol.

8) El alto nivel de intimidad de la familia urbana la aísla del control social y de la asistencia externa para abordar el conflicto.

9) La existencia de lazos sociales, emocionales, materiales y legales dificultan el abandono de la familia cuando el conflicto aumenta.

10) La familia es el lugar de mayor nivel de estrés, pues la familia nuclear sufre importantes y constantes cambios en su estructura, inherentes a su ciclo de vida.

11) Existen normas culturales muy arraigadas que legitiman el derecho de los padres a emplear la fuerza física con sus hijos y cónyuges (por medio de la licencia de matrimonio).

12) En algunos casos por medio del castigo físico los niños aprenden a asociar amor con violencia y esto se generaliza más tarde en la relación matrimonial.

Por otro lado, Ehrlich (1989) observa que, en la medida en que los adultos desarrollan roles y responsabilidades diferentes surgen diversas crisis. En la mujer los factores que inciden en dichas crisis son:

a) Cuando la pareja trata de afrontar el problema de una comunicación inadecuada, en donde se quiere lograr ajustar las rutinas a fin de reestablecer la intimidad que se desea

b) Cuando se decide tener hijos, la relación de pareja cambia drásticamente, pues se adoptan nuevos roles, y la mujer se dedica más a los cuidados maternos y a sus quehaceres domésticos.

c) Cuando los hijos crecen y se vuelven más independientes, la madre tiende a sufrir una crisis de identidad, en la que se cuestiona su valor y propósito en la familia, corriendo el riesgo de volverse ansiosa, insegura y deprimida.

Los valores socioculturales vinculados con la aceptabilidad de la violencia y con los roles sexuales en la sociedad, son compartidos por familias que habitan en la misma comunidad y cultura, e influyen sobre el nivel de violencia de cada familia, aunque la aceptación de los mensajes culturales de cada familia e individuos varía y es reflejado en su conducta. La mujer llega a amar a quienes la lastiman por los modelos, los mensajes y la repetición de pautas de comportamiento, que se llevan a cabo dentro de su familia y que influye en la imagen de uno mismo. En este núcleo la madre enseña a mantener la relación a cualquier precio siendo sumisa. Existe también un apoyo cultural a la dependencia de las mujeres, por el miedo a perder el amor del padre, se aprende a asumir la culpa, a aguantarse el enojo (Forward, 1993).

Además los medios de comunicación y la sociedad en general influyen sobre dichos valores. La violencia en la televisión, en las películas, en los sistemas legales, en el gobierno y en las comunidades, aumenta los niveles de agresión en la familia al reflejar el nivel de violencia de la sociedad y perpetuar el modelo. Las sociedades que toleran y glorifican a la violencia, serán susceptibles de presentar elevados niveles de agresión dentro de la familia (Galles y Straus, 1979; en Stith y Rosen, 1992). Mencionando además que la fuerza física se emplea para mantener a los grupos

subordinados en su lugar y la mujer tiene un estatus subordinado en la mayoría de las sociedades del mundo, concediéndole mayor valor al trabajo realizado por hombres que por mujeres, dentro de empresas, sistemas de gobierno y sistemas legales.

Desde niños recibimos claros mensajes acerca de que las mujeres no son tan importantes o valiosas como los hombres, permaneciendo en hogares en los que son maltratadas con el fin de garantizar el soporte económico y la protección de ellos.

Muchos hombres piensan que son dueños de sus esposas e hijos y que tienen derecho a utilizarlos de la manera más gratificante para ellos. Lo anterior se agrava por el hecho de que la sociedad envía mensajes a padres y educadores, animándolos a utilizar el castigo físico como parte integral de la crianza de los hijos, en la creencia de que ésta es una forma aceptable para tratar a los niños, de que los adultos que los dañan tienen derecho a hacerlo cuando se portan mal, sin distinguir la diferencia entre abuso y disciplina (Steel, 1976; en Stith y Rosen 1992).

Otra de las causas fundamentales de la situación del maltrato es el dominio que el hombre quiere ejercer sobre su pareja y la falta de alternativas (Lugo, 1985).

De acuerdo con Stith y Rosen (1992) la acumulación de estrés, también aumentan la incidencia de la violencia debido a los diversos acontecimientos por los que pasa la pareja:

a) Acontecimientos Madurativos. La ansiedad familiar es mayor en los momentos de transición del ciclo vital, aumentando la probabilidad de desarrollar una conducta sintomática y disfuncional. Hay un incremento de violencia hacia la pareja durante el embarazo no deseado o inconveniente (maltrato infantil prenatal), el nacimiento de un hijo, la carga excesiva de trabajo y los problemas económicos; además cambios relacionados con la edad, nacimientos difíciles o prematuros, la partida de los hijos, etc.

b) Acontecimientos Impredecibles. Crisis vitales como el desempleo, enfermedades crónicas, muertes inesperadas, divorcio, cambio de casa, pérdida del poder adquisitivo y mala salud, lo que puede afectar la autoestima.

c) Acontecimientos precipitantes inmediatos. Estos influyen sobre la respuesta ante situaciones de estrés. Se refieren a los factores como desobediencia, insultos, falta de disposición por parte de la mujer, sentirse defraudado por alguna situación, mal comportamiento, etc., lo que el agresor utiliza como pretexto. Muchas veces una combinación de ellos o sólo uno son la causa del maltrato.

Entre los recursos o la capacidad del individuo y la familia para satisfacer las demandas y dificultades diarias o en otras palabras afrontar el estrés y la vulnerabilidad sin recurrir a la violencia se encuentran:

Los recursos con los que cuenta cada individuo son imprescindibles para evitar la violencia y para resolver sus problemas dichos recursos los describen Stith y Rosen (1992):

a) Malestar económico. La pobreza es un factor de estrés que incrementa la probabilidad de la violencia, ocasionando que los miembros no dispongan de los medios para afrontarla, sin embargo esto ocurre en los diversos niveles económicos.

b) Recursos educativos. Contribuyen a la percepción realista del estrés y a la obtención de las habilidades para solucionar problemas.

c) Bienestar físico y emocional.

d) Recursos psicológicos. Características de personalidad como elevada autoestima y competencias de afrontamiento que ayudan a resolver situaciones conflictivas.

e) La cohesión familiar (lazos emocionales entre los miembros) y la adaptabilidad de la familia ante los cambios, junto con la comunicación clara

y abierta, reduce las actividades de secretismo, la hostilidad y el conflicto, equilibrando el poder, siendo menos probable que las familias que se relacionan con otras familias disminuyan los problemas de violencia. El aislamiento social esta relacionado con la agresión, al no poder descubrir las señales de malos tratos y al favorecer una inadecuada dependencia entre los miembros (Stith y Rosen, 1992)

Dentro de la relación de pareja, el matrimonio permite asegurarle al hombre el establecimiento del control, a través del cual se llega a un acuerdo explícito (te amo y quiero estar contigo) y uno táctico originado las necesidades y temores mas profundos; es decir, para la mujer la seguridad emocional depende del amor de él y para conseguirlo será dócil y renunciará a sus propios deseos y necesidades, en el hombre la seguridad emocional depende de que el tenga el control. (Lammoglia, 1995)

El amor fundamenta la opresión femenina y está en estrecha relación con la sumisión, la dependencia emocional y el encierro doméstico. El amor es el pretexto para disfrazar muchos sentimientos, sensaciones y situaciones. En una relación de pareja, se juega también el equilibrio de poderes, el amor como adicción y dependencia, los malos tratos, la esperanza, el miedo y la culpa. (Del Bosque, 2003)

Forward (1993) afirma que los hombres llegan a odiar a las mujeres desde niños en el seno familiar, cuando el padre es maltratador; la madre es la víctima, es sofocante, es prepotente, o rechaza y se avergüenza de ser vulnerable, también cuando se piensa que no se puede confiar en las mujeres y finalmente cuando el padre es pasivo.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA.

Así como la violencia hacia mujer tiene diversas causas, las consecuencias ocurren en diferentes ámbitos como el físico, laboral social y psicológico:

Ámbito físico: En lo que respecta a la violencia conyugal, es común que las personas se remitan a los golpes que recibe la mujer por parte de su marido, pero es necesario mencionar que dentro de las consecuencias físicas no sólo se encuentran las lesiones corporales exteriores, sino también, estas personas experimentan padecimientos gastrointestinales, del apetito, úlceras, sobrepeso, migraña, trastornos del sueño y pérdida de órganos y sentidos (Lammoglia, 1995).

Así mismo, pueden ser objeto de una violación por parte de sus esposos, porque en ocasiones algunas de ellas se niegan a tener relaciones sexuales con el hombre que tanto daño le ha causado, el cual no es capaz de proveer un juego amoroso, ni ternura; si la mujer accediera entonces se convertiría en un objeto de deseo (Jiménez, 1995).

Ámbito laboral: Se considera que en gran parte los daños físicos causados por el maltrato, son razón para que las mujeres no se concentren en sus labores y se encuentren en un estado de tensión permanente, que conduce a un deterioro de la capacidad en su trabajo; por otro lado, las circunstancias jurídicas requieren de comparecencia o detenciones que merman la asistencia al trabajo de las mujeres que laboran fuera de su hogar. En otros casos abandonan actividades y estudios prometedores que seguramente les hubieran satisfecho.

Ámbito social: El aspecto social de la mujer maltratada se ve disminuido, debido a que le es controlado el contacto con su familia y amigos, afectando así sus relaciones sociales, su esparcimiento y la oportunidad de compartir e intercambiar ideas e intereses que proporcionarían otros puntos de vista.

Pero no sólo la mujer sufre las consecuencias del maltrato, sino también los hijos, que resultan con trastornos de la conducta, salud y aprendizaje, que se reflejan en las instituciones educativas; el daño es mayor cuando jóvenes y menores se comportan de manera delictiva y antisocial, debido a que provienen de hogares violentos; este tipo de víctimas puede caer en adicciones, precocidad sexual y promiscuidad, con los consiguientes

embarazos y abortos, que se producen cada vez más en los primeros años de la adolescencia, igualmente se ha incrementado la tasa de suicidios en la etapa prematura de la vida, la prostitución y el caer en manos de traficantes de mujeres son otras de las consecuencias del maltrato doméstico (Ferreira, 1996).

Stith y Rosen (1992) consideran que la experiencia y la exposición a la violencia aumentan la probabilidad de ésta en la conducta del humano. Los adultos que de niños han sido testigos o víctimas de la violencia en sus familias, se ven afectados en el resto de sus vidas, dependiendo del estado de desarrollo en él que se encontraban. Wilson (1985 en Stith y Rosen, 1992) menciona que los individuos expuestos o participantes en actos violentos a edades tempranas se verán afectados de manera negativa, presentando conductas violentas contra otros de manera inmadura.

Los niños que observan a su padre golpear a su madre, tienen mayor probabilidad de continuar este modelo en sus matrimonios que aquellos que no lo tienen, además experimentan cólera, tensión, frustración al ver que su padre golpea, se asustan y enojan, expresan sentimientos contraproducentes y autodestructivos, así como conductas psicósomáticas, depresiones, mojan la cama, tienen pesadillas y cuando son mayores tienen una actividad sexual indiscriminada (Forward, 1993).

Ámbito psicológico: El área psicológica no deja de ser otro punto de la vida de la mujer que resulta afectada por el maltrato doméstico, la cual es considerada como un aspecto importante para la constitución del individuo. En el nivel psicológico la mujer puede pensar que sus necesidades no son tan importantes como las de sus hijos y principalmente las de su esposo, duda de sus propias percepciones y pensamientos, experimenta sentimientos de frustración, desesperación y desmoralización. Ellas se consideran culpables de la violencia que reciben, viéndose sucias, indignas y malas.

Algo más que las caracteriza es una crisis de identidad, se le percibe ansiosa, insegura, irritable, con poca tolerancia a la frustración, manipulada por sus hijos. Se le reclama su función como esposa, exigiéndole saber cocinar al gusto de su marido, ser buena anfitriona con los socios, amigos o compañeros del trabajo de su esposo; además de tener niños sanos, inteligentes y bien educados; asimismo debe encontrarse disponible para su pareja, si los demás consideran que ella presenta deficiencias en alguno de estos puntos, le hacen ver que en realidad es una fracasada como esposa y madre, teniendo como consecuencia poco auto concepto (Stith y Rosen, 1992).

Creencias acerca de la Violencia

En torno a la violencia contra las mujeres, se han elaborado distintas creencias falsas que a fuerza de repetirse han ganado arraigo en la colectividad y se han extendido en la imaginación de la sociedad, Torres (2001) menciona algunas de estas creencias:

El maltrato a las mujeres en el hogar se ha extendido grandemente, sin embargo aún permanece en **el silencio**; ha sido difícil la denuncia, pero también la conceptualización y la identificación de la violencia misma, incluso por las propias mujeres, quienes han aprendido a vivirla como algo natural en las relaciones de pareja. Se suman a estas dificultades y a la creencia de los pocos casos aislados el silencio en torno al problema, el encierro en el que viven las mujeres maltratadas, y la falta de investigación sistemática y de difusión de resultados. En lugar de ello, algunos medios transmiten información parcial y exagerada de casos despiadados y espeluznantes, de modo que la violencia contra las esposas se vuelve un tema propio de la nota roja.

Paralelamente a estas creencias, existe **la idea de que la violencia conyugal es un asunto privado y que por lo tanto debe de resolverse en el mismo lugar donde se produce**, con esta idea se desestima la intervención de

terceros y se acentúa el aislamiento en el que viven las víctimas, todo esto lleva a perpetuar una obligación femenina que ha sido sembrada en aras de conservar un matrimonio o una familia, que lejos de ser la pequeña comunidad de amor y armonía que se presenta como idea social, representa el encierro de un malestar que vive y se retroalimenta entre las cuatro paredes que delimitan la escenografía.

Otra creencia falsa señala que **la violencia conyugal es un fenómeno que se presenta en una sola clase social, la que corresponde a la de personas de bajo nivel educativo o cultural**. Es cierto que en ciertas condiciones la violencia es más visible, por que a bajos recursos, la gente suele utilizar las instituciones públicas, contrariamente a las mujeres con mayores posibilidades económicas, que principalmente puede costarle más trabajo acercarse a formular una denuncia, y en dado caso que lo hacen, por lo regular en instituciones privadas o bien con abogados personales, y aún así, no están a salvo del maltrato. Diversas investigaciones como las realizadas por la ONU han probado que la violencia esta presente en todas las clases sociales y que existe prácticamente en todas partes del mundo y no solo en los países subdesarrollados como todavía se cree.

Una creencia falsa más, es pensar que **por naturaleza los hombres son violentos**; que en realidad se trata de una conducta aprendida que la sociedad puede estimular o inhibir. En este sentido, se debería revisar como se construye en cada cultura la idea de lo que debe de ser un hombre, podría comprobarse que en muchos lugares el prototipo de masculinidad esta directamente asociado a varias formas de violencia (Torres, 2001).

Las falsas creencias acerca de la violencia, se refieren a aspectos como la incidencia de las relaciones violentas, la clase socioeconómica a la que pertenecen los afectados y el ámbito donde debe resolverse, pero hay otras que apuntan directamente a las víctimas y a los agresores, que no es de sorprenderse, tienden a culpar a las primeras y éstas a eximir de responsabilidad a los segundos; de esta forma suele difundirse que las mujeres disfrutaban el maltrato por que lo interpretan como manifestación de amor , pues

se ha sabido de frases que salen de los labios de la misma mujer “me pega por que me quiere”. Se dice que las mujeres buscan relacionarse con hombres violentos y que, en el mejor estilo cristiano, deben poner la otra mejilla (Jacobson y Gotman, 2001)

En resumen, las creencias falsas sobre la violencia conyugal proyectan la imagen de que hay pocos casos y que debe de resolverse en su familia de origen, sin la intervención de alguien más, que son propios de la gente pobre y sin educación y que además son inevitables para las mujeres que les gusta que les peguen ya que sus maridos son violentos por naturaleza; todas estas creencias no reflejan la realidad, estimulan la imaginación social y se difunde a través de su lenguaje, con refranes y canciones populares, poemas, etc., y desgraciadamente son compartidos por mucha gente, que se encuentra a su alrededor como sus familiares amigos y sus mismos compañeros de trabajo.

Características del Agresor-Agredida

De acuerdo con Redondo y Garrido (1999) la perspectiva psicopatológica supone considerar que el agresor o maltratador presenta, por encima de todo, una patología individual que es la causa cercana de su conducta. Entre estas patologías, se han señalado con frecuencia ciertos rasgos y disfunciones de la personalidad como una conducta general más violenta, una actitud negativa, un menor auto concepto, incapacidad para relacionarse, sentirse carentes de poder, por lo que emplean la violencia para experimentarlo, son menos asertivos y poseen menos recursos educativos y económicos (aunque no en todos los casos); las relaciones con mujeres abnegadas y sumisas se les presentan como más seguras, menos amenazantes, demandantes y problemáticas, son más posesivos, dependientes, suspicaces y celosos. Estos hombres frecuentemente son encantadores, afectuosos, responsables y competentes en sus relaciones sociales, pero siempre son capaces de cambiar de actitud de un momento a otro, realizando comentarios denigrantes, criticándola, insultándola,

intimidándola, amenazándola, humillándola y gritándole. Si no llega a la violencia física la destruye psicológicamente, además puede utilizar ataques más sutiles y encubiertos, que desde el punto de vista emocional son igual de destructivos, manteniendo el control, negándose a asumir su responsabilidad por el sufrimiento que le causa a su pareja, culpándola de todos los sucesos desagradables, haciendo sentir a su mujer incapaz e impotente (García, 2000).

La situación se agrava si consideramos que muchos son alcohólicos y existen casos en los que corren a la mujer de su casa para meter a otra, pues se sienten dueños y señores de la casa, debido a que la mayoría de los hombres viven y piensan su presunta sexualidad como una condición natural, de acuerdo a la ideología sexista que tiene su expresión en el machismo y que en México ha sido difundido e institucionalizado (Barker, 1999; en García 2000).

Lo anterior se debe en gran medida a que los sujetos violentos resuelven el estrés utilizando mecanismos de enfrentamiento como la negación, justificando las consecuencias de sus conductas, como pueden ser la separación, ejecución y participación en los malos tratos, que conformando su sistema de creencias o conceptos acerca de la afectividad, el papel en la relación, los roles en la familia, su valía, su mundo y los demás.

Por lo tanto, no se está hablando de un narcisista o un sádico, aunque algunas de sus características estén presentes. Su comportamiento agresivo no ésta generalizado, sino enfocado casi exclusivamente en su compañera, valiéndose de sus palabras y estados de ánimo. No obtiene placer emocional o sexual del sufrimiento de su cónyuge, si no por el contrario su dolor lo enoja y lo hace sentir amenazado (Forward, 1993). Por ello se disculpa después de cada violencia física o psicológica. La diferencia entre este tipo de hombre y el que presenta alguna sicopatología radica principalmente en su capacidad de comprometerse en una relación duradera con una sola mujer. Su amor parece intenso y ardiente, pero hace todo lo

posible por destruir a la mujer que dice amar. Sin embargo, la manera en que se comporta no es la forma en que se trata a un ser a quien se ama, sino a alguien a quien se odia. Se puede tratar de un misógino (del griego míso-odiar y gyné-mujer) y aunque generalmente se utilice para referirse a asesinos y violadores, sólo difiere de estos en su elección de las armas.

Los misóginos no patológicos necesitan controlar la forma en que piensa, siente y se conduce su pareja, pero como resulta imposible controlar totalmente a otro ser humano, su control esta condenado al fracaso, por lo que pasa gran parte de su tiempo frustrado y colérico, lo que se manifiesta en el abuso (Lammoglia, 1995).

Forward (1993) considera que el misógino "es un hombre atrapado en el conflicto entre su necesidad del amor de una mujer y el profundo temor que ella le inspira ... Sustenta la oculta creencia de que si ama a una mujer, ella tendrá el poder de hacerle daño, de despojarlo, de devorarlo y abandonarlo", por lo anterior, este hombre inconscientemente empieza a restar poder a su mujer, basándose en la idea de que si la aniquila psicológicamente ella dependerá de él, en la misma medida que él depende de ella, y así calma su propio miedo de verse abandonado.

Por otro lado, Montejo (1985; en Del Bosque 2003) hace una descripción de los tipos de mujeres que tienden a convertirse en víctimas de violencia. Esta es una tendencia a desenfocar el desinterés del victimario a la víctima, haciendo creer que es la mujer quien se hace a si misma victima; y aunque esta teoría se ha utilizado en otros momentos en asuntos relacionados con los delitos de violación y abuso sexual las características son las siguientes:

La mujer que sufre agresiones por su pareja es aquella que nunca terminó la secundaria, que depende económicamente del cónyuge, aunque psicológicamente fuerte y nada tímida; no obstante por el poder económico que tiene sobre la mujer se siente con derecho a golpearla y piensa que no podrá denunciarlo por que ella no podrá mantener a sus hijos.

También existe la mujer competente que es profesionalista y además ama de casa, por lo que el marido se siente incompetente e innecesario y la golpea por frustración.

Otro tipo es la que es sumisa y femenina, que aunque con estudios deja su trabajo remunerado por atender al esposo y a los hijos. Este tipo de mujeres elige casarse con varones tiránicos que no necesitan una excusa para maltratarlas.

Existe la mujer sexy o atractiva que pone al cónyuge celoso y por esta situación la golpea.

Por último, aquella que se llena de hijos y no atiende al marido. Aquella que no le ha dado el varón que tanto anhelaba el padre, o bien la que no ha dado la mujercita que diera la ternura que necesita el papá.

Norwood (1992) considera que las mujeres que aman demasiado son aquellas que aceptan relaciones en las que son víctimas de abuso, y que generalmente provienen de hogares disfuncionales en los que pueden observarse uno o más de los siguientes rasgos (p. 24):

- Abuso de alcohol y/o drogas (legales e ilegales).
- Conducta compulsiva en el comer, trabajar, limpiar, jugar, gastar, hacer dieta, hacer ejercicio, conductas adictivas que alteran o evitan el contacto sincero e íntimo en la familia.
- Maltrato del cónyuge y/o los hijos.
- Conducta sexual inapropiada de uno de los progenitores hacia los hijos, que van desde la seducción hasta el incesto.
- Constantes discusiones y tensiones.
- Períodos prolongados de tiempo en los que los padres no se hablan.
- Padres con actitudes o principios contrarios o conductas contradictorias que compiten por la lealtad de los hijos.
- Uno de los padres no puede relacionarse con los otros miembros de la familia y los evita, culpándolos por su agresividad.

- Rigidez en cuanto al dinero, la religión, el uso del tiempo, la demostración de afecto, el sexo, la televisión, el trabajo en casa, los deportes o la política.

La obsesión por estos temas puede impedir el contacto y la intimidad, pues el interés se centra en acatar las reglas más que en relacionarse.

Dichas mujeres a su vez exhiben las siguientes características con respecto a su forma de sentir y de relacionarse con los hombres sexualmente:

- La mujer se preocupa más por saber ¿cuánto me ama o me necesita? En lugar de ¿cuánto lo quiero?

- Sus interacciones sexuales se motivan por ¿Cómo hacer para que me ame o me necesite más?

- Se impulsa a entregarse sexualmente a quienes percibe como necesitados.

- Utiliza el sexo como herramienta para manipular o cambiar a su pareja.

- Se comporta de manera seductora para conseguir lo que quiere y se siente estupendamente cuando le da resultado.

- Tiene una confusión en cuanto a sus sentimientos, ya que generaliza la angustia, miedo y dolor con el amor.

- No le atraen sexualmente los hombres con quienes no lucha.

- Anhela la intimidad física, pero teme verse envuelta por el otro, abrumada por su propia necesidad de afecto.

- Se enfrentan al dilema de buen sexo en relaciones infelices o imposibles, ya que resulta ser excitante, apasionado y apremiante.

- Ven a su pareja como alguien que ha sido muy dañado asumiendo la tarea de compensar con amor todo lo que le ha faltado.

- Se obsesiona por un hombre y le llama amor, lo cual controla sus emociones y su conducta influyendo negativamente sobre su salud y bienestar.

- Al haber recibido poco afecto trata de compensar esa necesidad proporcionando afecto a los hombres que parecen necesitados.

- Por el hecho de que sus progenitores no fueron atentos y cariñosos como ella ansiaba, reacciona profundamente ante los hombres inaccesibles a quienes trata de cambiar por medio de su amor.

- Su temor al abandono la hace tratar por todos los medios de que una relación no se disuelva.

- Acostumbrada a la falta de amor en sus relaciones personales, esta dispuesta a conservar esperanzas y esforzarse por complacer.

- Acepta la responsabilidad, la culpa y los reproches en cualquier relación.

- Cree que debe ganarse el derecho a disfrutar de la vida, ya que su amor propio es críticamente bajo.

- Necesita controlar al hombre y a las situaciones, debido a la poca seguridad que experimentó en la infancia.

- Sueña como podría ser la relación, en lugar de estar conciente de cómo es la realidad de su situación.

- Es adicta a los hombres y al dolor emocional.

- Se encuentra predispuesta emocional y bioquímicamente para volverse adicta a las drogas, al alcohol y a ciertas comidas (los dulces, por ejemplo).

- Le atraen las personas que tienen problemas por resolver, porque así evita concentrarse en su responsabilidad para consigo misma.

- Tiene tendencia a los episodios depresivos que provienen de la excitación que le proporciona la relación inestable.

- No siente atracción por los hombres que son amables, estables, confiables y que se interesan por ella "le parecen aburridos".

Un aspecto fundamental para permitir el trato cruel, inhumano, injusto, es el hecho de que la mujer es muy aguantadora y soporta todo por pensar que algunas situaciones dolorosas son normales, su obligación, y la cruz que debe sufrir, etc.. Piensa que ella no tiene derecho a nada, y se asombra cuando se le dice que no tiene por que soportar dicha situación, aún cuando

así fué educada y condicionada (Lugo, 1984) por lo que no se puede decir que sea masoquista y de esta manera explicar y justificar la abnegación, la sumisión de la mujer en sus relaciones con los hombres y el maltrato.

Como se mencionó, las mujeres aprenden a comportarse de esta manera desde niñas, recibiendo elogios y recompensas por ese comportamiento, pues las conductas que la hacen vulnerable al maltrato le son enseñadas como femeninas y dignas de amor.

En cuanto al tema del amor, Simón de Beauvoir, retomada por Lamas (1983) considera que este es una maldición para la mujer, al significarle la sumisión total a su dueño y al presentársele como la expresión de su libertad e independencia, y como el camino más fácil para no responsabilizarse de su vida, buscando volverse niñas y nuevamente encontrar quien las domine y las proteja. Ese deseo de aniquilarse es un deseo de ser, al abandonarse a su hombre espera poseerse y poseer lo que se resume en él. Necesita que la justifique, exalte y ame al sentirse necesitada y parte de él. No concibe la sexualidad sin ternura, estimación y admiración que compensen la humillación de realizar un acto vil, pues tampoco la concibe como un intercambio de placeres, sino que se siente como un instrumento para el placer de los hombres.

Al servir y responder a las exigencias de su dios, le consagra todo lo que es, tiene y vive. Y como no puede revelarse contra su amado, por que lo ama, se revela ante sí, olvidándose de ella, viviendo a través de él. La obediencia es la única posibilidad de cambio, convirtiéndose en lo que él desea. Por lo tanto, la mujer enamorada es un ser en conflicto por la naturaleza de su amor y por ser este el pretexto para estar satisfecha en su libertad.

Incidencia de la Violencia En México

Se ha convertido en algo común el escuchar o hablar de la violencia que existe en los hogares, en las noticias y publicaciones tanto mexicanas como del extranjero se muestran estadísticas alarmantes que nos hace reflexionar

en buscar alternativas de prevención o solución encaminadas a erradicar este problema.

Pastrana (2001) en su artículo sobre violencia Intrafamiliar menciona algunas estadísticas alarmantes:

“Una de cada tres mujeres en el mundo sufre maltrato de su pareja o de algún familiar. Una de cada cuatro ha sido violada o agredida sexualmente. El 70% de las agresiones sexuales a los niños se da en la familia. Cada año, 2 millones de niñas sufren mutilación genital. La mitad de los homicidios de mujeres los cometen sus parejas o ex parejas. Por lo menos 60 millones de mujeres que hoy deberían estar vivas han desaparecido”

Más allá de las estadísticas, los estudios muestran que se trata de un fenómeno mundial, profundamente arraigado y con una enorme complejidad social y cultural.

En nuestro país, la información estadística del año 2000 por una encuesta de Opinión Pública sobre la incidencia de Violencia en la Familia, realizada por la asociación Mexicana Contra la Violencia hacia a las Mujeres, AC (Covac) , y la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar que a finales de 1999 publicó el INEGI menciona que en el Distrito Federal y la zona metropolitana, una de cada tres familias sufre algún tipo de violencia. Los agresores generalmente son los hombres (85.3%), en 99% de los casos hay maltrato emocional y en el 16% intimidaciones, el 11 % de los casos que reportan violencia física, 42% son golpes con el puño, 40% bofetadas, 23% con objetos, 21% patadas.

En los más de 14 mil hogares donde se registró abuso sexual, éste se tradujo en presión verbal para forzar relaciones sexuales (84%), uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%).

El 88.4% de los entrevistados piensa que la violencia es un asunto privado. Sólo 14 de cada 100 hogares donde se registran actos de violencia solicitan ayuda, principalmente de tipo psicológico y eclesiástico.

El 70% de los entrevistados considera que los actos violentos se volverán a repetir, a pesar de que la gran mayoría cree que ni los golpes ni los gritos ni los insultos resolverán los problemas familiares.

Actualmente la información más precisa es de encuestas realizadas por el Instituto de la Mujer (2006) que revelan que 39,210,758 han sufrido más de un episodio violento con su pareja, el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar del Distrito Federal cada año atiende más de 22 mil casos y lo más grave es que en México hoy en día cada minuto una mujer es maltratada. (Palomo, 2006)

Importancia de la Atención

Ferreira (1996) menciona que aquellos especialistas, profesionales y terapeutas que asistan a las mujeres que son víctimas de maltrato deben observar los siguientes 26 principios básicos:

- 1.- Ningún ser humano merece ser golpeado.
- 2.- La violencia no debe tener lugar dentro de una familia.
- 3.- Nadie debe vivir con miedo, lastimado, insultado o amenazado dentro de su propia familia.
- 4.- La violencia es una modalidad de conducta inaceptable.
- 5.- La violencia por lo general culmina con un delito.
- 6.- El que golpea es responsable de su comportamiento.
- 7.- Ningún argumento o razonamiento justifica el uso de la violencia.
- 8.- La conducta violenta puede controlarse y dominarse.
- 9.- No hay ninguna excusa que justifique la falta de control.
- 10.- El hombre tiene derecho a enojarse pero no a recurrir a la violencia.

- 11.- Una mujer golpeada no está justificada si le pega a sus hijos.
- 12.- La idea de la provocación de la violencia es un mito que sirve para tolerarla.
- 13.- Cuando la violencia ha empezado no se detiene espontáneamente, y aumenta con el paso del tiempo.
- 14.- Las intervenciones en violencia familiar y marital deber ser realizadas por profesionales y personal especializado y entrenado.
- 15.- Los profesionistas masculinos pueden tener dificultades de desempeño en la asistencia a mujeres golpeadas.
- 16.-Las profesionistas mujeres tienen que revisar cuidadosamente su experiencia genérica antes de asistir a mujeres golpeadas.
- 17.- La intervención no puede darse desde una actitud de neutralidad hacia las conductas violentas.
- 18.- La seguridad de la víctima debe anteponerse a todo otro concepto.
- 19.- La mujer golpeada debe ser tratada ante todo como individuo, no como esposa o madre.
- 20.- El foco inicial de la tarea no es el problema conyugal sino el poner a salvo a la mujer y a los niños.
- 21.- Las mujeres golpeadas no son masoquistas, ni obtienen placer amenazadas o dañadas.
- 22.- Los hombres violentos en su mayoría no son individuos con alguna patología especial.
- 23.- La prevención debe dirigirse a las raíces sociales del fenómeno.
- 24.- La educación es el requisito esencial de una buena prevención
- 25.- Toda persona que trabaja en instituciones de la comunidad debe tener conocimientos sobre violencia familiar para detectarla.
- 26.- Toda intervención asistencial médica, psicológica, social, jurídica debe incluir como rutina la interrogación acerca de la existencia de hechos de violencia familiar y efectuar las derivaciones correspondientes.

De la misma manera, Ferreira (1996) sugiere que a las mujeres maltratadas víctimas de la violencia marital se les proporcione en su proceso terapéutico cuatro factores básicos, que se mencionan a continuación:

- Tiempo, paciencia, desahogo, recursos, solidaridad, respaldo, protección.
- Revaloración como personas, conocimiento de sus derechos.
- Información sobre su situación, expectativas realistas:
- Estrategias de resolución, orientación e instrucciones en un lenguaje claro y directo, profesionales que rechacen la violencia.

Además las mujeres maltratadas no deben recibir:

- Criticas, presiones, incredulidad, desprecio, órdenes, juicios negativos,
- Inculpaciones, actitudes rígidas, preguntas impertinentes y prejuiciosas

Lo anterior debe tomarse en cuenta en todas las Instituciones dedicadas a tratar la violencia conyugal.

Importancia de la Prevención

Prevenir la violencia a través de la educación

De acuerdo con Bautista (2004) en el ámbito educativo se percibe la violencia como agresión; no es fácil percibir la capacidad de algunos chicos y chicas, sobre todo adolescentes, para resolver el conflicto de otro modo. No es fácil comprender por qué expresan a través de la violencia sus emociones o angustias. Constatamos que los castigos, sanciones y expulsiones alejan a los agresores de las aulas por un tiempo, pero el problema de la violencia nos se resuelve. Unas chicas dejan de ser agredidas en las aulas por unos días, pero otras son agredidas en la calle durante esos mismos días. Las sanciones y expulsiones no impiden que los adolescentes violentos se sigan

transformándose en agresores y maltratadores. Es más el miedo que despiertan esos adolescentes en el profesorado provoca algunas veces que la respuesta del profesorado sea la descalificación, las burlas, el autoritarismo, etc. Unos y otros se meten en un espiral de violencia que despierta a la bestia que esta dentro. Sin embargo ayudar a los adolescentes y jóvenes violentos a tomar conciencia de sus emociones podría permitirles conocer sus mecanismos y romper esta espiral. Aunque los resultados no sean inmediatos, se les ofrece una clave para comprenderse a sí mismos y el porque de sus reacciones desproporcionadas y agresivas. Esto requiere: el ejercicio de la reflexión personal e interiorización para acostumbrarnos a ser concientes de nuestras emociones y de cómo y cuando estas emociones van unidas a episodios de violencia, de modo que la autoafirmación de una persona no sea a costa de la humillación o maltrato de otra.

Los jóvenes no suelen tener perspectiva histórica desconocen el pasado y no valoran los logros que disfrutaron gracias al trabajo, incluso a la vida, de otras personas. En la tarea educativa, es prescindible mirar hacia atrás para aprender de la historia, no repetir sus errores y tener una perspectiva para el futuro. Con el paso del tiempo las leyes han ido evolucionando hacia un futuro justo e igualitario por ejemplo:

En 1945 se fundó la ONU. En ese año, sólo en 31 países del mundo la mujer podía votar en condiciones de igualdad con el hombre.

En 1976-1985 se celebró el decenio de Naciones Unidas para las mujeres lo que suscitó un gran esfuerzo internacional en la revisión de la situación y los derechos de las mujeres.

El 18 de diciembre de 1979 la Asamblea General de la ONU aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La ratificaron 150 países y, por su carácter vinculante, es el marco jurídico básico para erradicar la discriminación sexual.

En 1980 la ONU reconoció que la violencia contra la mujer es el crimen encubierto mas frecuente del mundo. Ese mismo año se celebró la conferencia mundial de la mujer, en Copenhague.

El 26 de noviembre de 1985 la ONU estudio en su Asamblea General el tema de la violencia en la familia y se mostró así la dimensión universal del problema. Desde entonces este tema se estudia sistemáticamente. En la ONU hay un comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. Ese mismo año en la conferencia mundial de Nairobi, con la que finalizó la década de la ONU para la mujer, La violencia doméstica fue considerada uno de los principales obstáculos para el desarrollo y la paz. Se aprobaron estrategias para mejorar la situación de las mujeres en el mundo en relación a la igualdad, en el desarrollo y la paz.

En diciembre de 1986 en Viena el grupo de expertos sobre violencia en el hogar y sus efectos en las mujeres, de la ONU, daban estas recomendaciones:

-“Se debería dar la oportunidad a los hombres que cometen actos de violencia de recibir una educación apropiada para inculcarles la noción de dignidad y respeto hacia las mujeres y sensibilizar a la opinión pública.”

-“Los sistemas oficiales de educación deberían ofrecer cursos sobre la preparación a la vida familiar y a las obligaciones paternales, forma de resolver los conflictos interpersonales y derechos de la persona. Esta instrucción debería formar parte del programa oficial escolar impartido a muchachas y muchachos desde la escuela elemental”.

-“Se debería fomentar y facilitar los medios informales de educación de los ciudadanos tales como teatro en la calle, los murales, etc.”

-“Los gobiernos deberían animar y apoyar un estudio y su publicación sobre la contribución de las mujeres al desarrollo de su país y tomar medidas para que se adopte un lenguaje no machista en todos los textos y comunicaciones oficiales incluidos los libros.”

-“Se deberían modificar todos los programas de educación tanto formales como informales a fin de que sea un medio eficaz de inculcar la nociones de igualdad de los papeles, dignidad y derechos de la persona.”

-“Los maestros y los profesores deberían ser iniciados y formados sistemáticamente en las técnicas que resaltan los principios de igualdad de derechos y responsabilidades, respeto mutuo, compañerismo, tolerancia, comprensión y solución pacífica de los conflictos.”

En 1991, según la ONU, solo 22 países del mundo industrializado habían reconocido a las mujeres los mismos derechos que a los hombres en materia de matrimonio, divorcio y propiedad familiar. Ese mismo año declaró que “la violencia que sufren muchas mujeres tanto en países desarrollados, como en los no desarrollados, esta relacionada con el estatus de desigualdad de las mujeres en todas las sociedades, y su origen tienen sus raíces en la estructura del matrimonio, en la familia y en la sociedad, siendo, por tanto, imposible comprender su naturaleza sin tener en cuenta el contexto social e ideológico dentro del cual ocurre la violencia. Cualquier explicación debe ir mas allá de las características del agresor de la víctima, de la familia y de la sociedad las naciones unidas señalan que para erradicar la violencia es necesario, en primer lugar erradicar la desigualdad a nivel genérico.

En septiembre de 1995 la cuarta conferencia sobre la mujer en las naciones unidas celebrada en Beijing, estableció por primera vez que las costumbres, tradiciones y religiones no justifican la discriminación contra la mujer ni los atentados contra su vida o sus derechos fundamentales.

El 17 de Diciembre de 1999 la ONU aprobó la propuesta ante la violencia (Ver Anexo 1)

INSTITUCIONES EN MÉXICO DEDICADAS A ATENDER EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA CONYUGAL.

En México existen instituciones cuyo objetivo principal es la erradicación, tratamiento, control o prevención de la violencia intrafamiliar, las cuales cumplen diversas funciones según el enfoque con el que se trabaje, es decir,

algunas están dedicadas exclusivamente a dar orientación legal a las víctimas de violencia, otras más tratan de auxiliar a superar las consecuencias que este fenómeno acarrea a todos los participantes, y otras más que trabajan en pro de la resolución de conflictos de maneras no violentas, es decir tratan de prevenir la aparición de la violencia dentro del núcleo familiar.

En este apartado se describen algunas de ellas, mencionando su manera de trabajo.

En cumplimiento a lo dispuesto por el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI) la Secretaría de Salud publicó el 8 de marzo del 2000 la NOM-190-SSA1, 1999, cuyos objetivos consisten en establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporcionen a los y las pacientes involucrados en situaciones de violencia familiar, así como los datos a ser incluidos en el registro de los probables casos.

Sistema de Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM).

Es un sistema formado por un centro en cada una de las 16 demarcaciones territoriales del Distrito Federal fundado en 1990 y se maneja a través del Instituto de la Mujer

Los Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM) son espacios de encuentro, formación, reflexión, y participación que tienen la finalidad de promover acciones afirmativas de y para las mujeres, con la intención de impulsar el empoderamiento de las mujeres que habrá de reflejarse en el mejoramiento de sus condiciones de vida individual y colectiva. Son lugares donde se brinda apoyo a las mujeres, para impulsar la igualdad de oportunidades, a través de asesoría, orientación, talleres y reflexiones, que

fomentan su desarrollo integral, participación económica y laboral así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos y su participación ciudadana.

Para el logro de sus objetivos los CIAM cuentan con seis áreas para instrumentar los proyectos hacia la comunidad, las cuáles están integradas personal altamente capacitado para el trabajo con mujeres:

Construcción de Cultura Ciudadana (CCC).

Fomenta la participación ciudadana de las mujeres, ya sea de manera individual o colectiva, también promueve la organización de las mismas en torno a intereses comunes.

Desarrollo Personal y colectivo (DPC)

Fomenta y fortalece en las mujeres conocimientos y habilidades individuales y sociales para hacer posible su desarrollo personal y social.

Asesoría Jurídica y Orientación Integral (AJOI)

Promueve el conocimiento y reconocimiento de los derechos de las mujeres a través de la asesoría y atención integral.

Desarrollo Económico y Trabajo (DET)

Defiende y promueve el empleo femenino, impulsa proyectos productivos, capacitación y acceso a recursos, favoreciendo la autoorganización de las mujeres para fortalecer sus iniciativas productivas.

Circulo Infantil (CI)

Apoya a las mujeres usuarias en la atención y cuidado de sus hijas e hijos mientras ellas acuden al centro; así mismo se encarga de la difusión de los derechos de las niñas y los niños. (CIAM, 2002)

El sistema CIAM es un programa creado por el gobierno del Distrito Federal para el tratamiento de la Violencia Doméstica, y desde el inicio su volumen de casos ha ido en aumento; por ejemplo en el segundo semestre de 1993, un total de 4,055 casos fueron atendidos; de los cuales 90% eran mujeres, sus edades fluctuaban entre 21 y 40 años, 42% eran amas de casa, el cónyuge fue el agresor en el 81% de los casos. En 1995 atendió 18 mil 646 personas, con un promedio diario de 51.08 personas, para 1996 la cifra

aumentó a 19 403, con un promedio de atención diaria de 53.01 (Valdez, 1998).

Centro de Atención a la Mujer (CAM)

Dentro del Estado de México los municipios cuenta con Centros de Atención a la Mujer (CAM) Encargados de dar orientación y tratamiento psicológico y legal a quienes acuden en busca de ayuda además de realizar talleres y platicas de prevención de la violencia contra la mujer, en escuelas secundarias y preparatorias.

El Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

En la diferentes demarcaciones se encarga de fomentar los lazos familiares coordinando, platicas y talleres acerca de la Violencia Intrafamiliar y dando tratamiento psicológico a las victimas de violencia, siempre con espíritu conciliador, entre la pareja.

Unidad de Atención a Víctimas del Delito (UAVID)

Consiste en brindar a las victimas del delito y sus familiares intervención en crisis, atención psicoterapéutica especializada en violencia intrafamiliar y sexual y emitir dictámenes informes que le sean solicitados por el ministerio publico o por otras autoridades.

Debido a la necesidad que se tiene de terminar con esta situación de Violencia en las familias, en México se han implementado programas de psicología a través de estas instituciones para las víctimas con diversas perspectivas de tratamiento, sin embargo, muchas veces estas terapias no resuelven el problema de raíz, pues la mayoría de ellas son muy largas y espaciadas y por la carga excesiva de trabajo que los terapeutas tienen, no permiten al paciente terminar el tratamiento por falta de tiempo de su parte.

Desde nuestro punto de vista, un enfoque específico de más corto tiempo como lo es la terapia cognitivo-conductual sería una alternativa de tratamiento a este problema social.

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA

En México miles de mujeres y hombres son víctimas de relaciones destructivas, en donde uno de los miembros de la pareja se dedica a abusar emocional y/o físicamente del otro y la víctima suele justificar sus malos tratos por sentirse responsable de la ira del agresor, piensa “Yo tengo la culpa por no obedecer” “me lo gane por abrir la boca de más” estas mujeres fueron cediendo a lo largo de su vida de pareja a las demandas de sus compañeros, principalmente por el temor de ser abandonadas aunque a la larga así sea, Sin embargo en una relación destructiva se intercambian el dominio y la dependencia la persona que tiende a la dependencia por lo general es una persona que no puede ser independiente desde el punto de vista emocional, que cuando niño experimenta un profundo temor al rechazo y al abandono y al participar en una relación amorosa de pareja, empieza a desarrollar los mismos miedos de separación, vive el constante temor de que su pareja le abandone. En el fondo una mujer adicta a la relación destructiva esta convencida de que el sufrimiento es el único camino por la trascendencia a la eternidad. En los orígenes religiosos, las divinidades eran todas mujeres, generadoras de vida y estas diosas desaparecen cuando los judíos fundamentalistas no solo no permitieron que Yahvé tuviera esposa, si no que negaron la existencia de diosas mujeres. Ahí quedaron arraigadas las creencias que dieron origen a la religión católica que ha dado forma a su vez, a la estructura mexicana de creencias.

En México de acuerdo con Lammoglia (2004), no hay halago más gratificante para una mujer que decirle: “eres una santa”. Como consigna la mujer mexicana debe morir en la hoguera. La mujer santa y sufrida carga su cruz conforme la identidad cultural del pueblo mexicano, al que ha hecho pensar que Dios está pendiente de todas las cosas que suceden porque las evalúa como una especie de cotización en las que suben o bajan las indulgencias en función de la cantidad de sufrimiento que acumulan. Tal marco de ideas es el componente cultural e ideológico que prevalece en México. En este contexto la mujer ha sido educada para sumisión, dependiente con una autoestima por los suelos y acostumbrada al dominio, especialmente al masculino, pero por muy sumisa que sea una mujer y aún cuando tenga una gran capacidad para convertir su rabia en sufrimiento, no puede contener la cólera que le produce la crueldad de su pareja y ésta sale al exterior de diversas maneras, a la vez sutiles y hostiles, como agresiones verbales encubiertas o comentarios hirientes estas actitudes solo sirven al marido como nuevas justificaciones para seguir siendo cruel. El marido por lo general es una persona insegura, de baja autoestima propenso a agredir a otros, lo cual motiva a que muchos hombres desarrollen una enorme necesidad de controlar su entorno dominando a su esposa.

Es importante aclarar que la mujer se vuelve adicta a la relación con su misógino y no a sus malos tratos, buscando estar cerca de su pareja a pesar del riesgo y el dolor que esto conlleva.

Cap.-2 Terapia Cognitivo-Conductual

Conceptos y Principios teóricos de la Terapia Cognitivo-Conductual

El principal propósito de la terapia cognitivo conductual es proporcionar la ayuda necesaria para que la persona tome conciencia de la combinación de múltiples factores que intervienen en el mantenimiento de una conducta. Este aprendizaje se logra con la colaboración del paciente en la recolección de datos, mediante lo cual podrá detectarse cómo sus pensamientos, sentimientos y conductas influyen en los problemas que presenta. Lo anterior, es importante debido a los sentimientos de desmoralización, desvalimiento y desesperanza que pueden presentarse durante el proceso terapéutico creencias falsas que tiene el paciente.

El trabajo se centra en cambiar su percepción con respecto al problema y que se asuma la responsabilidad del cambio en su vida. El entrenamiento incluye el fomento de habilidades necesarias para enfrentar diversas situaciones, anticipándose y preparándose para los posibles fracasos (Meichenbaum, 1988 en: Linn y Garske, 1999).

Las terapias cognitivo-conductuales proponen diversas perspectivas, con una teoría del cambio de conducta integrada por diferentes enfoques para la comprensión y tratamiento de problemas clínicos. Por ejemplo, la teoría del aprendizaje social, en donde para comprender la conducta y determinar un tratamiento, es necesario analizar la manera en que los individuos evalúan las situaciones, crean expectativas, establecen pautas internas, recuerdan los eventos y solucionan los problemas. Todo esto considerando que el aprendizaje es mediado cognitivamente y que los individuos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a las consecuencias ambientales.

La terapia cognitivo-conductual, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los procesos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al

paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, investigando el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque algunos terapeutas cognitivos ponen énfasis en el supuesto “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo y se pueden medir los progresos obtenidos desde la primera sesión se administran formularios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico, paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes tienen que aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede, Esto tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intersesión. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas fuera como parte de la tarea, se desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias, Activamente se le confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, promoviendo finalmente al autocuestionamiento. Y se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente enfoca su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. Desmitifica la terapia con el plan de tratamiento y el proceso terapéutico retirando el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia. Además las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos como la depresión etc.. Es decir, más que simplemente decir que funciona, esta comprobado que funciona.

Los teóricos cognitivos conductuales como Ledwige (1978; en Del Bosque 2003) consideran que en esta psicoterapia de cambio de conducta es necesario observar lo siguiente:

1. La interrelación entre los procesos de pensamiento, sentimiento, conductas y consecuencias ambientales.
2. Las cogniciones son uno de los factores que influyen en las causas y mantenimiento de la conducta anormal.
3. Que se deben integrar los principios de la terapia de conducta con la cognitiva-conductual, con la finalidad de unir la comprensión clínica de los psicólogos semánticos con la tecnología de los psicólogos de la conducta.

Objetivo de la terapia Cognitivo-Conductual

Para la terapia cognitivo-conductual existe la posibilidad de que las construcciones que el individuo hace de su mundo no sean precisamente las correctas, por lo que existiría un patrón de conducta erróneo o inadecuado que puede dar origen a síntomas fisiológicos y psicológicos. De aquí se desprende el objetivo de esta terapia que consiste en cambiar los patrones de pensamiento erróneos por patrones cognitivos adecuados que permitan

desenvolverse correctamente al individuo en su medio. Por lo que el tipo de problemas a los que se enfoca la teoría cognitiva sean aquellos en donde el individuo crea una cognición incorrecta que lo llevará a comportarse de manera incorrecta ante su medio, ejemplos de este tipo de problemas son: la depresión, los diferentes tipos de fobias, la ansiedad, problemas de aspecto social como la inadaptabilidad y el estrés incluso problemas más específicos entre los cuales se encuentra los de pareja (Beck, 2000).

Resulta claro que los problemas atendidos por la terapia cognitiva poseen un importante factor conductual tal como que las creencias que el individuo construye basado en sus experiencias ante determinadas situaciones. Por esta razón la terapia cognitiva va encaminada a modificar la tendencia del paciente a hacer inferencias incorrectas a partir de dichas situaciones, por esto Arieti y Bemporado (1978) mencionan que la terapia cognitiva intenta, explícitamente, inducir al paciente a situarse continuamente en su racionalidad para corregir su irracionalidad.

Modelo Conceptual del Cambio de Conducta

Es necesario establecer las etapas en las que ocurre el cambio de conducta, de acuerdo a Meichenbaum (1988 en: Linn y Garske, 1999):

1.-En la primer etapa es necesario entrenar al paciente para que por medio de auto registros, cuestionarios o test, observe su conducta.

La recolección de datos permite identificar el problema y definir los objetivos terapéuticos, puesto que para cambiar la conducta inadaptada, el paciente debe estar primero, conciente de su ocurrencia y de esta manera se le enseñe y pueda interrumpirla.

Existe un mayor éxito en la terapia cuando el paciente logra interrumpir la cadena conductual cuando esta apenas empieza o aún no cobra fuerza. Esta etapa es importante por dos razones principales:

a) El cliente puede percibir datos de los cuales no se había dado cuenta, desarrollando de esta manera una óptica diferente sobre sus problemas.

b) Además de lo anterior, la auto observación permite reconceptualizar el proceso, mediante el interrogatorio el individuo puede redefinir sus problemas visualizando nuevamente la solución.

Durante el tratamiento el terapeuta le presenta al paciente un marco conceptual, lo que le permite comprender sus conductas inadaptadas, fomentando la sensación de esperanza en lugar del desalimiento, El terapeuta tiene la tarea de organizar el proceso ajustando su estilo a las necesidades del cliente.

2.-En la segunda etapa se plantea objetivos que pretenden desarrollar pensamientos y conductas adaptadas, pues al redefinir su problema tiene que aprender nuevas conductas o aplicar las que ya conoce a nuevas situaciones.

Los cambios modificarán tres áreas:

a) Inicialmente la intervención se enfoca en la conducta del paciente, utilizando técnicas de entrenamiento en habilidades sociales utilizando películas, rol playing, representación imaginaria, resolución de tareas en forma gradual. Al darse cambios en la conducta, se modifican las interacciones ambientales que ocasionan un efecto de onda positivo.

b) El segundo foco de intervención se centra en la actividad auto regulativa. Se desea cambiar las autodeclaraciones, las imágenes y los sentimientos que intervienen en las cogniciones adaptadas. Cambiando o reduciendo la aparición de perturbadores que intervienen en el enfrentamiento de las situaciones adecuadas.

c) La tercer área de intervención se realiza en las estructuras cognitivas del paciente, las cuales le ocasionan verse como personas indefensas o desagradables, lo cual constituye una percepción inadecuada. Esto lo perjudica, ya que tienen una interpretación inadecuada de si mismos comportándose de una manera desadaptada.

Conforme el tratamiento avanza el paciente desarrolla habilidades adecuadas y remueve pensamientos y sentimientos, el terapeuta lo ayuda a ensayar conductas que le permiten tener una sensación de seguridad en sí mismo, lo que frecuentemente hace surgir cambios cognitivos y afectivos.

3.-La tercer etapa del cambio de conducta se centra en las cogniciones y sentimientos del cliente, en lo que se refiere al cambio. Esta etapa tiene como objetivo afianzar el cambio para realizar generalizaciones y mantener los efectos del tratamiento disminuyendo la posibilidad de recaída.

a) Uno de los objetivos es hacer que el paciente se responsabilice de los cambios de sí mismo, al ser consciente de cual ha sido el proceso y se dé cuenta de que puede realizar cambios positivos en un futuro.

b) Otro objetivo es mantener el tratamiento al anticipar las recaídas que pueden ocurrir. Esto se realiza al identificar las situaciones de alto riesgo y se desarrollan habilidades de enfrentamiento para hacerles frente.

Cabe mencionar que la terapia cognitivo-conductual tiene la finalidad de enseñar al paciente a ser un científico personal. Por su parte el terapeuta ayuda al paciente a reunir a datos que funcionen como evidencia con la finalidad de cambiar sus creencias, sentimientos y conducta estableciendo una relación de trabajo entre paciente y terapeuta.

Estrategias y Técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual

Estas técnicas cognitivo-conductuales encaminadas a corregir los errores de percepción de la realidad, producto de cogniciones ilógicas o irreales del mismo paciente y al mismo tiempo lograr efectos que permitan corregir la posibilidad de un resultado positivo en la misma (Caballo, 1991).

Sobra decir que existen diferentes técnicas terapéuticas dentro de la terapia cognitivo-conductual como pueden ser las habilidades de enfrentamiento, de resolución de problemas, el entrenamiento autoinstrutivo

y los procedimientos de autocontrol, Que ayudan a disminuir las creencias, las expectativas, las autodeclaraciones, las imágenes y las cogniciones, que impiden al paciente a tener una mejor percepción más apropiada y adaptada con consigo y con el medio que lo rodea.

Ofreciendo diferentes procedimientos para intervenir en la relación cognición - afecto - conducta - consecuencia. Así mismo, plantean diversas estrategias de intervención como los enfrentamientos didácticos y los diálogos socráticos.

Linn y Garske (1999) mencionan que las características que tienen en común dichas técnicas son:

- Las intervenciones son generalmente activas, tienen un tiempo limitado y son estructuradas.
- Se ayuda al cliente a darse cuenta de los efectos de las cogniciones y las creencias, mediante la resolución de tareas y las experiencias en vivo.
- Se trabaja para organizar las consecuencias de los experimentos personales, para posteriormente cambiar los sentimientos y pensamientos.
- Finalmente, se puede decir que se trata de un modelo educativo, en el que se proporciona asesoramiento, ejercicios, correcciones, modificaciones de estilo, información actualizada, al mismo tiempo que se demuestra interés, apoyo y ánimo.

La terapia cognitivo-conductual se ha aplicado a nivel de prevención y tratamiento de manera individual, por parejas y en grupos. Para prevenir problemas en adultos se ha trabajado con poblaciones de alto riesgo, como policías, militares, personas violadas, y enfermos del corazón. En el tratamiento con adultos se aplica para problemas sexuales, de fobias, ansiedad, depresión, dolor, ira y adicción. Y por último se ha llevado a la práctica con niños retardados, hiperactivos, agresivos, con problemas de aprendizaje, de autocontrol, aislamiento social y violencia conyugal Lammoglia (2004).

A continuación se mencionan algunas de las técnicas que se llevan a cabo en esta terapia:

Técnicas conductuales.

➤ Programación de actividades. Tiene la finalidad de planificar las actividades a realizar en un periodo de tiempo. Su propósito es ayudar a neutralizar las cogniciones que implican el no poder hacer alguna actividad. Su objetivo es darle al paciente una impresión de eficacia y control.

➤ Auto registro. Una vez planeadas las actividades el paciente debe registrarlas cada hora, aquí el terapeuta debe preparar al paciente mencionándole que nadie realiza siempre todo lo que se propone y que el sólo realizar cualquier actividad debe ser un logro.

➤ Evaluación de la destreza y el placer. Esta técnica se basa en el registro del grado en que se ha dominado una tarea y lo que se ha disfrutado de ella, en una escala determinada. Al evaluar las actividades los resultados pueden diferir, ya que una actividad puede resultar agradable y no fue dominada por completo. El propósito de la evaluación es contrarrestar la cognición de que el placer y la destreza son situaciones opuestas, además de descartar la idea de que el paciente no merece nada placentero mientras sienta no haber hecho nada. Además permite observar la relación entre situaciones y sentimientos que pueden no haber sido tomadas en cuenta en la evaluación (actividades agradables que benefician la destreza).

➤ Entrenamiento asertivo. Es común que los pacientes muestren déficit conductuales como falta de asertividad o de habilidades sociales, es por ello que el entrenamiento asertivo trata de moldear respuestas apropiadas y eficaces, una vez identificados las situaciones ante las que el paciente presenta problemas. Aquí el terapeuta toma el papel de la persona con quien tiene problemas y el paciente tiene la oportunidad de practicar las respuestas adecuadas.

➤El ensayo cognitivo. Esta técnica es necesaria para lograr ciertos objetivos, pues los pacientes se ven a sí mismos imaginando como sería el realizar una cierta actividad sistemática y orientada. La tarea se puede descomponer por pasos, pudiendo visualizar los obstáculos y la posibilidad de realizar la tarea.

➤Representación de papeles. El objetivo del entrenamiento es enseñar al paciente como afrontar comentarios o conductas específicas de otra persona. Esta puede aplicarse a situaciones que necesitan una respuesta asertiva o a situaciones que requieren otras habilidades sociales, como por ejemplo enfrentarse a conductas poco razonables por parte de otras personas, para corresponder a conductas positivas hacia otros y desenvolverse adecuadamente en entrevistas de trabajo (Caballo, 1991).

Técnicas cognitivas.

➤Registro diario de los pensamientos disfuncionales. Se le enseña al paciente a realizar auto registros de sus cogniciones, para darse cuenta sobre el flujo de pensamientos y el desfile de imágenes que influyen sobre sus sentimientos y por ende su conducta. En la sesión se deben ejemplificar situaciones en donde se ponga de manifiesto la situación que dispara los pensamientos automáticos negativos y descubrir los lazos entre cognición y emoción. El siguiente paso es refutar los pensamientos automáticos con técnicas cognitivas.

➤Comprobación de la realidad. Se pretende provocar una descripción precisa de una situación en donde se obtenga una perspectiva realista de los acontecimientos haciendo preguntas que lleven a comprobar la realidad.

➤Técnicas de retribución. Se pretende que el paciente explore y considere otras causas posibles en vez de atribuir todos los fracasos a una sola causa. Se deben identificar otros factores implicados por medio de cuestionamientos como ¿Qué pensaría otra persona sobre la situación?

➤solución de problemas: Se puede dividir en varios pasos:

Definición del problema

Se emplea un enfoque de torbellino de ideas para provocar en el cliente tantas soluciones no censuradas como sea posible independientemente de su eficacia, se evalúan las posibles soluciones examinando ventajas y desventajas de cada una. Una vez que el paciente ha intentado la solución se discute el grado de eficacia que tuvo, o si es necesario realizar cambios o probar otra solución, si este es el caso deberá evaluarse su eficacia.

➤Diseño de experimentos. Esta técnica tiene la finalidad de que el individuo ensaye actividades que ya no se siente capaz de realizar, porque surgen pensamientos automáticos auto-derrotistas. En este sentido el terapeuta no debe adoptar un modelo directivo, al contrario, debe sugerir que se intente la actividad como un pequeño ejercicio, tratando de que el paciente conciba la actividad como algo que se ha de intentar y con una actitud de ver que sucede. El paciente no debe sentir presión alguna a fin de que tenga éxito y en la próxima sesión se analizará y discutirá las reacciones del cliente, acerca de los logros, dificultades y expectativas.

➤Refutación con respuestas racionales. En esta técnica se utiliza un registro dedicada a recoger respuestas racionales, y otra al registro diario de pensamientos disfuncionales, el objetivo común de las técnicas cognitivas es implementar respuestas razonables a los pensamientos automáticos negativos. Inicialmente el terapeuta debe desarrollar las respuestas racionales y gradualmente cederle la responsabilidad al paciente

➤Modificación de las suposiciones disfuncionales. Los pensamientos automáticos irracionales surgen de unas pocas suposiciones disfuncionales crónicas y muchas veces no verbalizadas. Por ejemplo, la vida tiene que ser justa o si la gente no aprueba lo que hago no valgo, lo que indica la profundidad e importancia de las suposiciones y de su papel como núcleo de los errores cognitivos que producen un estado de ánimo

negativo. El terapeuta puede formarse una idea clara sobre las suposiciones disfuncionales y debe ser prudente al formular hipótesis y en que momento lo dice. Es necesario analizar y discutir las ventajas y desventajas de las suposiciones disfuncionales (Caballo, 1991).

Terapia de Reestructuración Cognitiva

Existen diferentes maneras de llevar a cabo una reestructuración cognitiva, sin embargo las que han recibido mayor atención son la **Terapia Racional Emotiva (TRE) propuesta por Albert Ellis en 1962 y la Terapia Cognoscitiva (TC) propuesta por Aron Beck. en 1963, 1970 Sue (2001).**

Ambos terapeutas tuvieron un inicio psicoanalítico y cambiaron su enfoque al darse cuenta del efecto de los pensamientos sobre la conducta y los sentimientos de una persona. De esta manera el afecto y la conducta de un individuo están controlados por la forma en que percibe el mundo. Estos tipos de terapia están elaboradas para ayudar al paciente a darse cuenta, comparar con la realidad y corregir los conceptos distorsionados y las creencias disfuncionales, esto generado por la forma de interpretar o percibir las experiencias de las personas y precisamente es lo que este enfoque "trabaja".

La terapia racional emotiva parte de un marco filosófico que sostiene que la perturbación emocional se crea a partir de la interpretación que la persona da, y no por la situación misma. Así la TRE, se sitúa principalmente en la forma de pensar del individuo y como este interpreta su ambiente y sus circunstancias, así como las creencias que tiene sobre sí mismo, otras personas y del mundo en general. Si dichas interpretaciones son ilógicas y no le permiten llegar a una situación emocional apropiada.

Con esto no se quiere decir que el individuo no razone sino que su forma de razonamiento es errónea. En el pensamiento del individuo existen exigencias absolutistas y dogmáticas de él mismo y de los otros que se conceptualizan en "debo de" y "tengo que", y que sólo sirven para estropear

sus propósitos y objetivos básicos. Del pensamiento irracional se deducen 3 inferencias:

a) Existe predisposición para resaltar en exceso lo negativo de un suceso (catastrófico) es decir, una conclusión exagerada y surge del pensamiento que "Esto no debería ser tan malo como es"

b) La persona presenta tendencias a exagerar lo insoportable de una situación y considera que no puede experimentar felicidad alguna.

c) La tendencia a condenarse a sí mismo y a los demás seres humanos o a la vida de acuerdo a su comportamiento, al hacer algo que no se "debe" o al no hacer lo que se "debe" hacer.

En la terapia racional emotiva se utiliza un marco A - B - C -D - E para enseñarle a la persona el lugar que ocupan los pensamientos automáticos en el disturbio emocional. A hace referencia a los eventos activadores del disturbio emocional (aquí se pueden incluir la falta de habilidades sociales, de enfrentamiento o de solución de problemas); C se refiere a las consecuencias emocionales y conductuales y B de las percepciones y pensamientos respecto al evento activador donde se incluyen las creencias irracionales o distorsionadas. El punto D consiste en debatir las creencias irracionales, lo que permitirá adquirir un efecto cognitivo nuevo, considerado como el punto E (Bryden y Ellis, 1989).

En cuanto a Beck (1997) la terapia cognitiva se basa en la aplicación del modelo cognitivo a un desorden particular, utilizando técnicas distintas que tienen la finalidad de cambiar las creencias disfuncionales y las fallas en el proceso de información inherentes a cada desorden.

Beck (1997) distinguió tres niveles de cognición: pensamientos automáticos, esquemas o asunciones subyacentes y distorsiones cognitivas, los cuales se describirán a continuación:

- Pensamientos automáticos. Surgen espontáneamente, son breves y pueden no reconocerse a menos que se oriente al paciente a reconocerlos. Son reflejo de la evaluación que un sujeto hace de una situación, conduciendo directamente la conducta y emociones de la persona. Se caracterizan por ser poco racionales, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos, aunque posibles a los ojos de los pacientes. Las respuestas serán desadaptativas si las valoraciones están distorsionadas (pensamientos negativos sobre sí mismo, su mundo, su futuro, etc.), lo cual sucederá si proviene de un esquema
- Esquemas o asunciones. Son estructuras cognitivas o modelos internos sobre el self (uno mismo) y el mundo utilizado por los individuos para percibir, codificar y recuperar información, canalizando el proceso de pensamiento. Se desarrolla a través de la experiencia y son adaptativas porque facilitan el procesamiento de la información. Permite incorporar la información nueva con la antigua, facilitando el reconocerla y el recuperarla cuando sea necesaria. Los esquemas pueden ser universales pero en algunas personas se desarrollan más fuertemente por sus experiencias evolutivas individuales. La aparición de sucesos estresantes o estados de ánimo negativos los activan, llegando a dominar la percepción del individuo ante nuevas situaciones.
- Distorsiones cognitivas. Son los vínculos entre los esquemas funcionales y los pensamientos automáticos. Al procesar una información nueva a veces se distorsiona dicha información, para que a su vez se incorpore a un esquema importante. Esta valoración llega a ser accesible a la conciencia en forma de pensamientos automáticos o imágenes. Por lo tanto, se consideran como errores sistemáticos del pensamiento que mantienen las creencias del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra.

Las distorsiones cognitivas más destacadas son:

1. Inferencia arbitraria. Es el proceso que se sigue para llegar a una conclusión sin que exista una evidencia que le apoye o bien que esta evidencia sea contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva. Consiste en centrarse en un detalle de un contexto no tomando en cuenta otras características más importantes de la situación.

3. Sobre-generalización o generalización excesiva. Se refiere al hecho de construir una regla general a partir de hechos aislados y de aplicar el concepto a todas las situaciones.

4. Magnificar y minimizar. Son los errores cometidos al evaluar el significado o magnitud de un acontecimiento.

5. Personalización. Es la tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin ninguna base para hacerlo.

6. Pensamiento absolutista (dicotómico). Hace referencia a la tendencia a clasificar las experiencias según una o dos categorías opuestas (bueno malo, blanco-negro).

En Caballo (1991) la terapia cognitiva se basa en la cognición (a nivel de pensamientos específicos y de creencias y actitudes más generales), se utilizan técnicas de tratamiento a fin de producir cambios cognitivos que no son exclusivamente de carácter racional o cognitivo. Las técnicas que a continuación se describen implican que se den cambios conductuales o pensamientos afectivos que posteriormente son entendidos por el paciente en una forma nueva o integradora:

- ❖ Auto-observación, a fin de que se de cuenta de cuales mecanismos psicológicos están funcionando.
- ❖ La identificación, de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- ❖ Examen de la evidencia, ya sea a favor o en contra de los pensamientos automáticos para poder sustituirlos por otros más funcionales.

- ❖ Llevar a cabo experimentos, los cuales sirven para comprobar los pensamientos automáticos.
- ❖ La determinación de las principales actitudes disfuncionales que operan en base a los pensamientos automáticos identificados y que predisponen a la persona a distorsionar las experiencias.

La terapia cognitiva emplea las preguntas del modo socrático. Al preguntar de una forma adecuada se obtiene información no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, tratando de desarrollar empatía y conceptualizar su problema. El diálogo socrático tiene la finalidad de que los pacientes integren un cuidadoso interrogatorio sobre sus cogniciones internamente, a fin de saber si están siendo realistas.

Esto lo logra el terapeuta siendo más directivo al principio y no gradualmente volviéndose más pasivo, conforme los pacientes aprenden a realizarse las preguntas.

Posteriormente, se debe obtener retroalimentación del paciente, para corroborar la interpretación de las intervenciones del terapeuta.

En las sesiones se utilizan técnicas conductuales y técnicas cognitivas, para demostrar a los pacientes que no son débiles, incompetentes e inútiles. Aunque en algunos casos las técnicas conductuales son la única forma en que el paciente puede darse cuenta de los cambios, porque requieren menos capacidad de análisis.

Cap 3.-Propuesta de Intervención para el Tratamiento de la Violencia Conyugal desde la Terapia Cognitivo-Conductual

De acuerdo con lo que ya se mencionó en el Capítulo 1 y 2 acerca de la violencia y la teoría de la terapia Cognitivo-conductual consideramos que es posible aplicar un tratamiento adecuado a partir de la misma a mujeres violentadas (Física, emocional, sexual, económica, social y ambientalmente).

Objetivos generales del tratamiento

El objetivo es lograr que la paciente modifique sus conductas y por tanto cambie los pensamientos y creencias negativas que tiene de sí misma y de su entorno.

Es fundamental situar al paciente en términos cognitivos-conductuales, para poder determinar el tratamiento más eficiente y efectivo. Así mismo es importante desarrollar la empatía, un ingrediente crítico a fin de establecer una relación operativa con el paciente. La conceptualización del proceso cognitivo comienza durante el primer contacto con el paciente y es un proceso permanente siempre sujeto a modificaciones, el terapeuta establece las hipótesis acerca de cómo la paciente llegó a encontrarse en la situación de violencia y hace que se confirme o se rechacen dichas hipótesis en la medida en que se presentan datos nuevos. El terapeuta basa sus hipótesis en los datos que ha recabado dejando de lado las interpretaciones e inferencias que no se basen en datos reales en momentos clave, el terapeuta controla con el paciente la conceptualización que tenga con respecto del problema que está viviendo para asegurarse que sea correcta y para ayudarlo a comprenderse así mismo y a sus dificultades.

Un objetivo importante para el terapeuta cognitivo-conductual es lograr que el proceso de la terapia sea comprensible para ambos (terapeuta-paciente), para que así la terapia sea lo más eficaz posible antes de la primera sesión, el terapeuta deberá de revisar los resultados de la evaluación que hizo al paciente

durante la admisión a la institución o consultorio para llevar a cabo un diagnóstico detallado, ya que esto determinará los ajustes que deberán hacerse durante la terapia para administrarse en el paciente. El contenido de las sesiones varía según el objetivo del paciente y el propósito del terapeuta. En este trabajo se propone un tratamiento de 3 fases que son:

Fase 1: la recepción del paciente que consiste en las entrevistas de evaluación del problema para determinar en qué situación de riesgo se encuentra y así poder ayudarlo mejor .

La fase 2: es la parte fundamental de esta investigación pues ella se llevará a cabo el tratamiento de reestructuración cognitiva para que la paciente pueda salir del problema de violencia dicha terapia se deberá estructurar en sesiones con objetivos que el terapeuta junto con el paciente vayan obteniendo para lo cual se sugerirán formatos de la terapia cognitivo- conductual tomados de Beck (2000).

Fase 3: Es la parte donde se previene a la paciente de nuevas recaídas y el seguimiento del caso una vez que haya concluido el tratamiento.

Será necesario iniciar la evaluación del problema de cada una de las pacientes a partir de las entrevistas que se realizarán con ayuda de los anexos 2 y 3 (p.p 114-116)

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación se deberá implementar la segunda fase que inicia con:

-Entrenamiento en relajación: el objetivo es explicar el papel de la tensión en las situaciones problema y el grado de reducción de la tensión que se puede esperar mediante la relajación, sobre todo en las situaciones en donde ella tiende a reaccionar de manera pasiva.

Se inicia el entrenamiento en relajación. La técnica que se emplea es la propuesta por Jacobson (1957 en; Valadez 2002) por ser una manera más sencilla y efectiva de entrenar. Mediante esta técnica el paciente logra diferenciar los estados de tensión y relajación. Inicialmente se le explica que la finalidad de los ejercicios es mostrarle la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o

tenso. Se le indica que el tiempo de tensión deberá ser mucho menor que el de relajación. Además se le informa que una estrategia para lograr la relajación más intensa es tensar al máximo el músculo y soltarlo inmediatamente. Se le instruye para que practique la relajación en su casa por lo menos dos veces al día y también en los momentos en los que se sienta muy tensa. Se procede entonces al entrenamiento en relajación de los diferentes grupos musculares, en la siguiente secuencia: frente, ojos, nariz, mejillas, lengua, mandíbulas, cuello, brazos, pecho, abdomen, glúteos, muslos, pantorrillas.

Con la finalidad de facilitar el aprendizaje se evitarán durante los ejercicios las luces directas, ruidos intensos y prendas molestas, procurando una posición en el sillón más vertical que acostada.

TAREAS PARA CASA.

La paciente debe practicar en su casa la técnica de relajación y anotar todo lo que hubiese facilitado o interferido con sus ejercicios así como las dudas que tuviera.

Una vez realizado el ejercicio de relajación, el cual se puede aplicar desde la recepción de la paciente se inicia con la primera sesión del tratamiento y para ello se sugiere el formato de estructura de la primera de Beck (2000) que a continuación se describe de manera detallada:

Estructura sugerida para la primera sesión (Beck, 2000)

A continuación se enumeran los objetivos del terapeuta en la sesión inicial:

- 1.- Crear confianza y rapport.
- 2.- Iniciar al paciente en la terapia cognitiva-conductual
- 3.- Instruir al paciente respecto al problema que presenta, del modelo cognitivo- conductual y del proceso de la terapia.
- 4.- Normalizar las dificultades del paciente e inculcarle esperanza.

5.- Averiguar (y, en caso necesario, corregir) las expectativas del paciente respecto de la terapia

6.- Recabar información adicional acerca de las dificultades del paciente.

7.- Utilizar esta información para desarrollar una lista de objetivos.

La siguiente es una estructura recomendable para la primera sesión:

1.- Establecer un plan (y explicitar las razones para hacerlo).

2.- Controlar el estado de ánimo utilizando puntajes objetivos.

3.- Revisar el problema que se presenta y efectuar una actualización del estado en que se encuentra (desde la evaluación).

4.- Identificar problemas y establecer objetivos.

5.- Instruir al paciente acerca del modelo cognitivo.

6.- Averiguar las expectativas del paciente respecto de la terapia

7.- Instruir al paciente respecto a su problemática

8.- Fijar tareas respecto al hogar.

9.-Hacer una síntesis

10.-Lograr retroalimentación respecto al paciente.

El elemento final de cada sesión de la terapia es la retroalimentación, ya que esto favorece el rapport y en esta parte el terapeuta demuestra el interés por lo que el paciente siente. Y sobre todo para resolver cualquier mal entendido, además, une distintos hilos de la sesión y refuerza los puntos principales, incluyendo las cosas que el paciente ha acordado hacer como tarea. En el resumen final el terapeuta se abstiene de activar pensamientos negativos y perturbadores para el paciente, en este caso el objetivo es aclarar algunos puntos principales tratados durante la sesión de una manera sencilla. Como se trata de una de las primeras sesiones, el terapeuta es quien realiza la síntesis. A medida que el paciente avanza en la terapia el paciente es quien se va haciendo cargo de esta tarea.

Además de retroalimentación verbal, el terapeuta debe completar un informe de la terapia por escrito.

Sugerencia del Informe de terapia por escrito (Beck 2000)

- 1.- ¿Qué cosas de las que se trataron hoy son importantes?
- 2.- ¿En qué medida pudo confiar hoy en su terapeuta?
- 3.- ¿Hubo algo que le molesto hoy en su sesión? En caso afirmativo ¿qué cosa fué?
- 4.- ¿Cuánto trabajo hizo en su casa para la sesión de hoy? ¿Qué posibilidades hay de que cumpla con las nuevas tareas asignadas?
- 5.- ¿Qué cosas querría asegurarse de tratar en la próxima sesión?

Es muy importante que en esta sesión se desarrolle una alianza terapéutica sólida y que el paciente sea alentado para unirse al terapeuta para lograr los objetivos deseados. El terapeuta experimentado, puede hasta cierto punto, alterar el orden de los elementos presentados. Se sugiere, en cambio, al terapeuta cognitivo-conductual principiante, que se apegue lo más posible a la estructura de cada sesión.

Sugerencia de la estructura y formato de la segunda sesión y posteriores (Beck 2000)

Para las siguientes sesiones el objetivo principal será que la paciente identifique los pensamientos erróneos o negativos, los analice y proponga alternativas de respuesta a partir de la reestructuración cognitiva en la cual se le explica a la paciente en qué consiste la técnica de reestructuración cognitiva, para proceder posteriormente a la realización de un ejercicio para identificar los pensamientos negativos. La reestructuración cognitiva (Ellis, 1971) es una técnica de autoayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. La idea sobre la cual se basa es que no son solamente las situaciones o acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos. Así, existe una relación entre: a) el acontecimiento, b) lo que se piensa o cree acerca de él, c) la emoción

como resultado de tal apreciación, que va a afectar la manera en que la persona se comporte ante la situación a). Por ejemplo, a) Una muchacha y un muchacho están en una fiesta, él se fija en ella; b) él piensa que si se acerca a ella y lo rechaza, será un fracasado; c) entonces él se siente nervioso e incómodo, lo que probabiliza que su relación con la muchacha no sea la que él deseaba.

Es claro que modificando nuestras creencias o actitudes, logramos probabilizar que las conductas que emitamos sean las adecuadas. El primer paso en esta técnica es identificar en qué momento y situación estamos pensando de esta manera, una vez descubierto el pensamiento negativo, por ejemplo, una afirmación pesimista de sí mismo, del futuro o de la vida en general, el siguiente paso es analizar dicho pensamiento; ¿existe la certeza de que eso es realmente lo que está ocurriendo?, ¿existe alguna otra explicación posible?. Sin embargo, no se trata simplemente de sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, sino que se requieren reconocer y examinar las circunstancias que en el pasado han acompañado tales estados emocionales problemáticos, con el fin de analizarlos, cuestionarlos y generar alternativas para modificarlos.

Asimismo, se le explica a la paciente lo que son los pensamientos automáticos, se le describe como aquellos pensamientos surgen inmediata y habitualmente en determinadas circunstancias. Estos pensamientos suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas; son aprendidos en una etapa temprana de la vida de acuerdo a como hemos sido tratados por los demás, lo que se nos ha dicho sobre nosotros mismos y a nuestras experiencias generales de la vida. Se puede utilizar la dramatización que tiene como finalidad descubrir los pensamientos automáticos y desarrollar una respuesta racional, otras técnicas podrían ser el ensayo cognitivo y la representación de papeles, Se le ilustra a paciente a partir de casos reales cómo ciertos pensamientos automáticos pueden resultar en estados emocionales inadecuados. Se le describen situaciones problema y los pensamientos acompañantes a modo de narración y posteriormente se le explicitan los pensamientos negativos automáticos para

concentrarse en ellos. Se resuelven sus dudas y se le proporciona el material para las tareas en casa.

TAREAS EN CASA.

1. Responder un cuestionario con tres situaciones en las cuales deba identificar los pensamientos negativos automáticos y explicar las razones por las que es negativo.

2. Leer la lista de los principales pensamientos negativos automáticos así como la explicación de los diferentes comportamientos que pueden resultar. Adicionalmente el porqué la idea es negativa y cuáles son sus alternativas positivas. Puede utilizar además los siguientes formatos para la terapia o para tareas en casa:

Interrogatorio de Pensamientos Automáticos (Beck 2000):

1.- ¿Cuál es la evidencia?

¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?

¿Cuál es la evidencia en contra?

2.- ¿Hay alguna explicación alternativa?

3.- ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?

¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?

¿Cuál es la posibilidad más realista?

4.- ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?

¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?

5.- ¿Qué debo hacer al respecto?

6.- ¿Qué le diría a _____ si estuviese en esa misma situación?

El terapeuta puede utilizar esta clase de interrogatorio desde la primera sesión cada vez que se trate de evaluar un pensamiento automático. En la segunda o tercera sesión puede comenzar a explicar el procedimiento de una manera más explícita:

“En esta parte de la sesión escribe los pensamientos automáticos que han aparecido de modo que queden a la vista de ambos”.

Esto se hace con el fin de que el terapeuta junto con el paciente puedan examinar el pensamiento, para controlar su validez y/o su utilidad para desarrollar una respuesta más adaptativa, se debe considerar que los pensamientos automáticos raras veces son completamente erróneos. Muchas veces contienen un elemento de verdad y es importante reconocerlo cuando existe.

Los errores típicos del pensamiento son, entre otros:

1.- Pensamiento de tipo “todo o nada”(también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.

2.- Pensamiento catastrófico (también llamado adivinación del futuro): usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.

3.- Descalificar o dejar de lado lo positivo: Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.

4.- Razonamiento emocional: Usted piensa que algo tiene que ser real uno lo “siente” (en realidad tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).

5.- Catalogar: Usted se coloca así mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.

6.- Magnificar / minimizar: Cuando usted se evalúa a si mismo a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.

7.- Filtro mental: (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.

8.- Leer la mente: Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.

9.- Sobre generalización: Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.

10.- Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida a usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

11.- Afirmaciones del tipo “Debo” y “Tengo que” (también llamados imperativos): Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

12.- Visión en forma de túnel: Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

Cuando el interrogatorio acerca de los pensamientos parece no funcionar adecuadamente, el terapeuta puede elegir deliberadamente un pensamiento automático que parece importante (es decir, que contribuya significativamente a la desesperanza de la paciente), que no es una idea aislada (si no un tema recurrente que amenaza con aparecer muchas veces), que aparece distorsionado y disfuncional y que puede servir como un modelo útil para enseñar al paciente a evaluar y combatir sus pensamientos en el futuro. Beck (2000) sugiere además el registro de pensamientos disfuncionales

El Registro de Pensamientos Disfuncionales (Beck 2000):

Instrucciones: Cuando usted note que su estado de ánimo empeora: pregúntese “¿Qué está pasando por mi mente en ese momento?” y tan pronto como sea posible, Consigne por escrito el pensamiento o la imagen mental en la columna correspondiente a pensamiento automático.

Día/hora:

Situación:

1.- ¿Qué acontecimientos reales, cadena de pensamientos ensañaciones o recuerdos lo llevaron a esa emoción desagradable

2.- ¿Qué sensaciones físicas perturbadoras experimento (si hubo alguna)?

Pensamiento Automático:

1.- ¿Qué pensamientos o imágenes pasaron por su mente?

2.- ¿En que medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?

Emoción (es):

1.- ¿Qué emociones (tristeza, angustia, ira, etc) sintió en ese momento?

2.- ¿Qué grado de intensidad (0 a 100 %) tenía cada emoción?

Respuesta Adaptativa:

1.- (opcional) ¿Qué distorsión cognitiva conductual produjo?

Resultado:

1.- ¿Cuánto cree ahora Usted en cada pensamiento automático?

2.- ¿Qué emociones siente actualmente? Intensidad de 0-100%

3.- ¿Qué hará o hizo?

El registro de pensamientos disfuncionales es el instrumento principal para evaluar los pensamientos automáticos y darles respuesta, ayudando a combatir más eficazmente los pensamientos disfuncionales y las emociones negativas que el paciente tenga.

Generalmente el terapeuta y el paciente se ocupan de los pensamientos automáticos, antes de abordar las creencias, sin embargo, desde el comienzo el terapeuta formula una conceptualización que conecta a los pensamientos con las creencias situadas en niveles más profundos para así dirigir la terapia de una manera efectiva por eso es recomendable que el terapeuta empiece completando un diagrama de conceptualización cognitiva ya que esta representa entre otras cosas la relación entre creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. Inicialmente, el terapeuta puede contar con datos para completar sola una parte del diagrama en ese caso, o bien deja en blanco el resto de los casilleros, o bien las llena con respuestas que ha inferido agregando un signo de interrogación para indicar su condición provisoria. En las sesiones que siguen, podrá controlar con el paciente los datos provisorios o faltantes para ello el terapeuta deberá repasar junto con el paciente la conceptualización cognitiva para poder presentar el diagrama completo y así el paciente comprenda el amplio cuadro de sus dificultades.

Diagrama de Conceptualización Cognitiva

Datos relevantes de la infancia

¿Qué experiencias contribuyeron al desarrollo y al sostenimiento de la creencia central?

Creencia /s Central /es

¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?

Presunciones/ Creencias / reglas condicionales

¿Qué presunción positiva lo ayudo a soportar su creencia central?

¿Cuál es la contraparte negativa de esta presunción?

Estrategia /s compensatoria /s

¿Qué comportamientos los ayudan a sobresalir la creencia?

Situación

1

¿cuál fue la situación problemática

Situación 2

Situación

3

Pensamiento

automático

¿Qué pasó por su mente?

Pensamiento

o

Automático

Pensamiento

o

Automático

Significado del P. A.

¿Qué

Significado del P. A.

Significado del P. A.

significa para
el ese
pensamiento
automático?



Emoción
¿Qué
emoción se
asocia con el
pensamiento
automático?

**Emoció
n**

Emoción

**Comport
amiento**
¿Qué
hizo
entonces la
paciente?

**Comport
amiento**

**Comportamie
nto**

En la segunda sesión se utiliza un formato que luego se utiliza en las sesiones posteriores, el plan típico para aplicar desde la segunda sesión en adelante, se describirá a continuación:

- 1.- Breve actualización del estado de ánimo
- 2.- Revisión de la sesión anterior
- 3.- Planificación de actividades
- 4.- Revisión de la tarea para el hogar
- 5.- Conversación sobre los temas planificados
- 6.- Asignación de nuevas tareas para el hogar, síntesis periódicas.

7.- Resumen final y retroalimentación.

Con respecto a la tarea para el hogar es importante ya que esto refuerza el comportamiento y pone en manifiesto el valor de las tareas efectuadas en la semana. Si las tareas no se controlan en las sesiones, el paciente comienza a creer que no son importantes, y el cumplimiento desciende significativamente.

Formulario de tareas para el hogar:

1.- Cuando advierto que mi estado de ánimo cambia debo preguntarme: ¿Qué está pasando por mi mente en ese momento? debiendo tomar nota de mis pensamientos automáticos (que pueden ser completamente ciertos o no) debo tratar de hacerlo por lo menos una vez al día.

2.- Si no puedo darme cuenta de mis pensamientos automáticos, debo al menos tomar nota de la situación, ya que es necesario recordar que aprender a identificar mis pensamientos automáticos es una habilidad en la que iré progresando. Es como aprender a escribir a máquina.

3.- Debo releer mis notas de terapia.

El número de actividades de tarea para el hogar irá en aumento conforme las sesiones avancen. Sin embargo, objetivo del terapeuta durante esta segunda sesión y posteriores debe centrarse en el problema de la violencia conyugal, y comenzar a resolverla, reforzando el modelo cognitivo-conductual, y la identificación de pensamientos automáticos, también se tendrá que continuar instruyendo al paciente respecto a la terapia cognitiva-conductual para que se ajuste a la estructura de la sesión, al trabajo en conjunto, a la retroalimentación del terapeuta y la consideración de sus experiencias pasadas y presentes a la luz del modelo. Si el paciente se siente mejor el terapeuta también comienza a implementar el trabajo de prevención de las recaídas. La preocupación fundamental es el fortalecimiento de la alianza terapéutica, el alivio de los síntomas y el estado de ánimo. El control del estado de ánimo (punto 1 del

formulario de la segunda sesión), y el examen de lo ocurrido en la semana proveen al terapeuta de diversas oportunidades de demostrar al paciente su interés por lo que el ha estado sintiendo durante la semana, controlando así el progreso alcanzado durante la terapia. El terapeuta puede reconocer (reforzar y/o modificar) las explicaciones del paciente para su mejoría o su falta de mejoría. También puede reforzar el modelo cognitivo-conductual, es decir, consolidar la noción de la influencia de los pensamientos sobre el estado de ánimo. En esta parte cabe mencionar, que el puente que se tiende desde la sesión anterior, sirve para instruir al paciente, sobre el proceso terapéutico señalándole su responsabilidad en la revisión del contenido de cada sesión y mostrándole que debe expresar cualquier punto vinculado con el terapeuta o con la sesión anterior, en que se haya sentido molesto, para ello se puede sugerir el uso del siguiente formulario, que deberá ser completado para cada sesión ya sea mentalmente o por escrito:

Formulario para el puente entre sesiones

1.- ¿Qué punto importante tratamos en la sesión anterior? ¿Qué aprendió usted? (1-3 oraciones)

2.- ¿Hubo algo que le molestara de la sesión anterior? ¿Hay algo que le cueste manifestar?

3.- ¿Cómo trascurrió la semana? ¿Cómo ha sido su estado de ánimo comparado con la otra semana (as)? (1-3 oraciones)

4.- ¿Sucedió esta semana algo que merezca la pena ser discutido?

5.- ¿Qué problemas desea incluir en el plan? (1-3 oraciones)

6.- ¿Qué tareas hizo /no hizo?

Como ya se mencionó, el terapeuta asume la mayor responsabilidad en el planteamiento de las primeras sesiones y luego, en forma gradual, transfiere la responsabilidad al paciente, es importante que el paciente aprenda las habilidades necesarias para armar su plan, de modo que pueda seguir

valiéndose de ellas una vez finalizada la terapia. El terapeuta no siempre necesita seguir el plan. Más aún en algunas situaciones no debe seguir el plan establecido. Sin embargo, cuando se aparta de lo planeado, debe hacer explícita esa digresión y solicitar el acuerdo del paciente. Durante la sesión, por diversos motivos, el terapeuta puede hacer cambios en la distribución del tiempo. Puede hacerlo sí, el paciente está muy preocupado por algún asunto en particular y necesita más tiempo para hablar sobre eso. También puede suceder que surja algún tema nuevo, que sea de particular relevancia. A veces, el cambio debe efectuarse porque el estado de ánimo del paciente empeora durante la sesión. El terapeuta debe tratar de evitar que el paciente se adentre en temas periféricos que no estaban incluidos en el plan y que no resulten prometedores para el avance en la sesión. Como excepción, no obstante, puede ocurrir que el terapeuta, de manera breve, encare deliberadamente con el paciente una conversación intrascendente con un propósito determinado, como, para elevarle el estado de ánimo, para facilitar la alianza entre ellos o para evaluar sus habilidades cognitivas o sociales.

Como ya se mencionó, al comienzo el terapeuta se hace cargo de gran parte de las sugerencias para el plan de cada sesión, ayudando al paciente a identificar sus pensamientos automáticos, diseñando las tareas que se asignan y resumiendo la sesión hacia el final de la terapia es el paciente quien designa la mayor parte de los temas de las sesiones utilizando herramientas tales como: Interrogatorio de pensamientos automáticos, Registro de pensamiento disfuncional, diseña su propia asignación de tareas y resume la sesión

Los pensamientos automáticos, son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición las creencias en cambio constituyen un nivel más esencial, son globales, rígidos y se generalizan en exceso, el terapeuta puede identificar creencias, tanto intermedias como centrales, de diversas maneras como a continuación se presenta:

- Buscando la expresión de una creencia en un pensamiento automático.
- Proporcionando una proposición condicional ("Si...") que incluya una presunción y pidiendo al paciente que completa la oración.
- Preguntando directamente acerca de una regla.
- Utilizando la técnica de la flecha hacia abajo.
- Reconociendo un tema que aparezca de manera recurrente en los pensamientos automáticos.
- Preguntando al paciente acerca de su creencia.
- Revisando un cuestionario de creencias del paciente.

En general el terapeuta no se dedica a la modificación de creencias hasta el momento en que el paciente ha adquirido las herramientas para identificar y modificar sus pensamientos automáticos y ha logrado un cierto grado de alivio de sus síntomas. La modificación de creencias es relativamente sencilla en algunos pacientes y más difíciles en otros. Habitualmente, la modificación de creencias intermediarias se logra antes que la de creencias centrales, ya que estas últimas pueden ser bastante rígidas.

Una vez concluido las sesiones sobre pensamientos automáticos y para modificar las creencias de la paciente, se le explicará el modelo ABCDE de Albert Ellis (1971 op. cit.). Este modelo sigue una secuencia que describe tanto el proceso de pensamiento disfuncional como los pasos a seguir para modificarlo:

A- Acontecimiento activador.

B- Sistema de creencias.

Ci- creencia irracional.

Cr- Creencia racional.

C- Consecuencias

D- Discusión.

E. Efecto.

Ea- Efectos emocionales.

Ec- Efectos conductuales.

Eg- Efectos cognitivos.

El acontecimiento activador (A) es la situación que inicialmente se piensa como la causa de los estados emocionales negativos o desagradables.

El sistema de creencias (B) es el factor mediador que liga el acontecimiento activador con las consecuencias. Las creencias irracionales son aquellas ideas que tienden a desencadenar un estado emocional o físico extremadamente negativo. Las creencias racionales, por su parte, son aquellas ideas que sustituirán a las creencias irracionales como resultado de completar con éxito un ejercicio de reestructuración cognitiva. Tienden a ser menos extremas en su contenido y conllevan una reducción en la intensidad de un estado emocional o físico anteriormente experimentado en forma negativa.

La consecuencia (C) es el estado emocional comúnmente considerado como resultado del acontecimiento activador. Algunas consecuencias típicas incluyen estados emocionales extremadamente negativos: rabia, celos, culpa, depresión o ansiedad, o estados físicos: tensión muscular, malestar gastrointestinal, alteraciones en la presión arterial, etc.

La discusión (D) es útil para el proceso de desafío de la lógica del sistema de creencias irracionales. Con esto se pretende cuestionar la autenticidad del sistema de creencias que provoca las consecuencias desagradables ya mencionadas. Se formula una discusión para cada una de las creencias irracionales identificadas en una situación problemática. Las alternativas se convierten en las creencias racionales que sustituirán a las creencias irracionales, negando de esta manera lo

que parecía ser un vínculo entre las consecuencias y el acontecimiento activador. Cuando una creencia irracional es sustituida por una racional, los resultados se notarán y pueden ser, cambios en las emociones (Ea), cambios conductuales (Ec) o cambios cognitivos (Eg). Los cambios emocionales pueden consistir en un mejor estado de ánimo o en enfados menos intensos o frecuentes.

Para practicar esta técnica, se le presentan a la paciente varios ejemplos de situaciones problemáticas en donde se ilustren cada uno de los elementos.

Para modificar las creencias se utilizan técnicas semejantes a las que se usan para modificar los pensamientos automáticos aunque también se emplean técnicas adicionales como:

- 1.- Cuestionario socrático
- 2.- Experimentos conductuales.
- 3.- Continuum cognitivo
- 4.- Dramatizaciones racionales-emocionales.
- 5.- Utilización de los demás como punto de referencia.
- 6.- Actuar “como si”
- 7.- Expresión de la propia experiencia.
- 8.- Mentalmente establece una hipótesis respecto de cual es la categoría de creencia central (de “desamparo” o de “no ser amado”) que ha dado origen a pensamientos automáticos específicos.
- 9.- Especifica la creencia central (para sí mismo) usando las mismas técnicas de que se vale para identificar las creencias intermedias.
- 10.- Explica al paciente sus hipótesis acerca de la(s) creencia(s) central(es) y le pide que la(s) confirme o la(s) refute. A medida que el paciente le proporciona datos adicionales respecto de sus situaciones actuales e infantiles y sus reacciones frente a ellas, profundiza sus hipótesis.
- 11.- Instruye al paciente acerca de las creencias centrales en general y de su creencia central específica. Lo guía para que monitoree como opera la creencia central en el presente.

12.- Comienza a evaluar y a modificar la creencia central; lo asiste para que especifique una creencia central nueva y más adaptativa; examina el origen infantil de la creencia central, su persistencia a través de los años y su contribución para con las dificultades presentes; continua controlando la activación de la creencia central en el presente; utiliza métodos “racionales” para disminuir la fuerza de la creencia central antigua y acrecentar la de la nueva, y se vale de técnicas experienciales o “emocionales”, cuando el paciente ya no cree racional o intelectualmente en una creencia central, pero todavía está atado a ella emocionalmente.

Una vez identificada la creencia falsa, el terapeuta diseña mentalmente una creencia nueva más realista y funcional guiando al paciente hacia ella.

Ejemplo de un Formulario de Creencias más Funcionales.

ANTIGUAS CREENCIAS (falsas)	CREENCIAS MAS FUNCIONALES
Si no hago las cosas tan bien como a mi marido le gusta no están bien hechas.	Si no hago las cosas como a mi marido le gustan no es que estén mal solo que a él no le gustan.
Si pido ayuda a los demás me van a criticar.	Si pido ayuda a los demás estoy demostrando que deseo salir adelante.
Si no me desempeño bien como esposa soy un fracaso de mujer.	Si fracaso como esposa no es todo mí ser el que fracasa. (Todo mí ser incluye mi capacidad para ser buena amiga, hija, hermana, pariente, ciudadana, y otras cualidades tales como la bondad, la sensibilidad, la generosidad, etc.) Además, el fracaso no es permanente.
Debo sobresalir como esposa	No es necesario sobresalir como esposa a menos que tenga un don especial en ese terreno (y esté

	dispuesta a dedicarle mucho tiempo y esfuerzo, a expensas de cosas).
Siempre debo trabajar mucho y hacer el máximo esfuerzo	Necesito hacer un esfuerzo considerable la mayor parte del tiempo.

TAREAS PARA CASA.

Se le pedirá a la paciente que registre los pensamientos irracionales que se presenten a lo largo de la semana, los desafíos a esos pensamientos y las creencias racionales. También que escriba las consecuencias de esos pensamientos, así como los efectos que le traen en lo emocional, conductual y cognitivo.

Cuando ya se ha desarrollado una nueva creencia el terapeuta presenta el formulario de creencias centrales que comprende dos partes la superior ayuda al paciente a identificar y a evaluar el grado de credibilidad conferida a la “antigua” creencia disfuncional y a la “nueva” creencia, mas adaptativa.

Formulario de Creencias Centrales (Beck, 2000)

Antigua creencia central:

¿Qué grado de credibilidad confiere ahora a la antigua creencia central?
(0 – 100):

*¿Cuál fue el mayor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana? (0-100)

*¿Cuál fue el menor grado de credibilidad que le confirió en algún momento de esta semana(0-100)

Nueva creencia:

¿Qué grado de credibilidad le confiere ahora esta nueva creencia? (0-100)

Evidencia que contradice la antigua creencia central y avala la nueva creencia:

Evidencia que avala la antigua creencia central, revisada:

*¿Deberían incluirse las situaciones implican un aumento o una disminución en la fuerza de la creencia en los planes de sesión?

Las técnicas que se describieron, al igual que el resto de las técnicas utilizadas por la terapia cognitiva-conductual, tienen por objetivo influir sobre el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo del paciente. En algunos casos puede ser más eficaz aplicar técnicas de resolución de problemas, la toma de decisiones el control y la programación de actividades la distracción y la refocalización de la atención, las técnicas de relajación, las tarjetas de apoyo la exposición gradual la dramatización la técnica del pastel las comparaciones funcionales de uno mismo y las afirmaciones personales (Beck y Emery, 1985; McMullin, 1986; en Beck 2000).

Además de trabajar con los problemas psicológicos, el terapeuta alienta al paciente para que incluya en cada sesión, los problemas que han surgido durante la semana o problemas que supone pueden producirse en las semanas por venir.

La resolución de problemas implica a veces cambios significativos en la vida. Después de una cuidadosa evaluación un terapeuta puede alentar a una esposa golpeada para que busque refugio o inicie acciones legales.

Formulario para la Resolución de Problemas

Nombre del paciente:

(Cuando los pensamientos automáticos, las creencias y/o las emociones exacerbadas interfieren con la solución del problema)

- 1.- Problema
- 2.- Significado particular: pensamientos automáticos y creencias
- 3.- Respuesta al significado particular
- 4.- Soluciones posibles.

En caso de no progresar, también puede decidir cambiar la situación con la toma de decisiones y cuando el paciente tiene dificultades para tomar decisiones el terapeuta, pide al paciente que confeccione una lista de ventajas y desventajas de cada una de las elecciones posibles y lo ayuda a evaluar cada ítem y a llegar a la conclusión de cual es la opción más conveniente. Por ejemplo:

Ventajas de un empleo:

- 1.- Ganar dinero.
- 2.- Posiblemente aprender cosas nuevas.
- 3.- Descansar de lo que ha estado haciendo.
- 4.- Sentirse productiva.
- 5.- Conocer personas diferentes.

Desventajas de un empleo:

- 1.- Es necesario encontrarlo.

obstáculos que puedan surgir. Los datos que provee son invalorables y, generalmente cuando se producen cambios en las actividades, el paciente mejora su estado de ánimo significativamente. Posteriormente con esta lista se confecciona una escala de placer asignándole puntajes de 0 a 10 donde 0 no produce ningún placer y 10 es la actividad de mayor placer.

El terapeuta y el paciente revisan juntos el cuadro de actividades, buscando modelos de funcionamiento y extrayendo conclusiones. Por ejemplo:

1.- ¿Qué actividades ocupan demasiado espacio, impidiendo una vida equilibrada? ¿Cuáles están relegadas? ¿Dedica la paciente un tiempo razonable a las actividades relacionadas con el trabajo, estudio, la familia, los amigos, la diversión, el cuidado del cuerpo (p. Ej. El ejercicio), la atención de la casa, su desarrollo espiritual y cultural y su yo intelectual?

2.- ¿Cuáles son las actividades de las que obtiene mayor satisfacción o placer? ¿Debería aumentar la frecuencia de estas actividades?

3.- ¿Qué actividades le proporcionan menor satisfacción o placer? ¿Son esas actividades intrínsecamente disforicas (p. Ejemplo dar vueltas en la cama) y por lo tanto sería mejor reducirlas? o ¿Acaso la paciente se encuentra disfórica durante las actividades potencialmente gratificantes, debido a sus pensamientos automáticos durante sus actividades? En este último caso el terapeuta en lugar de recomendar una reducción de actividad, debe apuntar a las cogniciones disfuncionales.

El mismo cuadro se puede utilizar para programar las actividades. En lugar de controlar las que realizará durante la semana, el paciente planifica y escribe las actividades para la semana siguiente, Incluyendo las actividades de la terapia, las tareas del hogar, eventos sociales y otras actividades que eran

evitadas anteriormente y así poder evaluar la aparición de algún estado de ánimo específico que el paciente pueda presentar, con la escala de placer.

Muchos pacientes no solo experimentan pensamientos automáticos en forma de palabras no expresadas por su mente, sino que también lo hacen en forma de fotografías mentales o imágenes (Beck y Emery 1985; en Beck 2000). Pero son muy pocos pacientes los que las refieren pues las imágenes suelen ser muy breves y perturbadoras y algunos pacientes logran apartarlas rápidamente, pero si no logran identificarlas y combatir las pueden sentir su efecto negativo de manera permanente. El terapeuta comienza a inducir al paciente a cerca de las imágenes mentales desde la primera sesión.

Existen muchas técnicas para ayudar a los pacientes a combatir sus imágenes automáticas tales como:

- 1.- Seguir la imagen hasta su conclusión.- Ayuda al terapeuta y al paciente a conceptualizar mejor el problema, llevara a la reestructuración cognitiva de la imagen y brindar alivio para la situación. El terapeuta alienta al paciente para que siga construyendo una imagen espontánea, hasta que el paciente imagina la solución de una crisis y se siente mejor, o imagina una catástrofe final, en cuyo caso el terapeuta investiga cuales son los temores y cual es el significado de la catástrofe y realiza una intervención.

- 2.- Dar un salto hacia delante en el tiempo.- cuando la imagen se sigue hasta su conclusión y surgen demasiados obstáculos por parte del paciente, el terapeuta le pide que se imagine así mismo en algún momento del futuro.

- 3.- Tolerar la imagen.- consiste en guiar al paciente para que imagine que esta tolerando mejor la situación difícil que ha imaginado espontáneamente.

- 4.- Cambiar la imagen.- Consiste en identificar una imagen y luego volver a evocarla cambiando el final.

- 5.- Sustitución, detención y distracción de imágenes.- esta última técnica consiste en detener las imágenes en el momento en que aparezcan, tratando

de eliminarla, algo semejante a la detención de pensamientos, (Davis, Eshelman y McKay, 1988; en Beck 2002), o bien sustituir la imagen por otra más placentera.

Una vez que se enseña al paciente un par de estrategias para lidiar con las imágenes, el terapeuta trata de aumentar su uso mediante la práctica.

A veces el terapeuta trata de inducir una imagen opuesta para combatir su imagen espontánea, mediante el ensayo de técnicas de apoyo durante las sesiones con el objetivo de practicar técnicas de la terapia cognitiva.

Por último, también se puede inducir imágenes al paciente con distintos propósitos terapéuticos.

Antes de finalizar el tratamiento se le enseña al paciente el entrenamiento asertivo. El comportamiento asertivo se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni los de los demás. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los sentimientos de los demás y facilita la comunicación.

A continuación se procederá a representar escenas que muestren los tres tipos de comportamiento, un ejemplo de esas escenas es el siguiente:

"Imagine que la examinará un médico y le prescribirá un medicamento que usted no conoce, tampoco le dará ningún diagnóstico. El médico parece tener prisa y a usted le gustaría saber el diagnóstico y recibir una explicación sobre su decisión de recetar ese fármaco".

Posteriormente se describen una serie de características de las diferentes formas de comportamiento, en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe.

NO ASERTIVA	AGRESIVA	ASERTIVA
COMO EMISOR		
autodenigrado, inhibido, ansioso, permite que otros decidan por él. No logra la meta deseada.	Actúa a expensas de otros, expresivo, desprecia a otros, elige por los demás, logra la meta lastimando a otros.	autoengrandecedora, expresiva, se siente bien, decide por sí mismo. Puede lograr la meta deseada.
COMO RECEPTOR		
autodenigrado, lastimado, humillado, defensivo, no logra la meta deseada.	culpable o enojado, desprecia al emisor, logra la meta deseada a costa del emisor.	Autoengrandecido, expresivo, puede lograr la meta deseada.

Después, se le explicará el papel que juegan los pensamientos irracionales en el comportamiento asertivo. Se le presentan algunos ejemplos típicos de pensamientos distorsionados que suelen acompañar a la incompetencia social:

1) "Si digo como me siento realmente, no les voy a gustar y eso sería insoportable."

2) "Mi opinión no es realmente lo suficientemente importante como para decirle algo."

3) "No debería tener estos sentimientos, así que más vale que me los guarde para mí."

Por otro lado, se explican los componentes no verbales de la conducta asertiva:

Contacto visual. Es muy importante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia de contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como "estoy nervioso" o "no creo lo que estoy diciendo".

Tono de voz. Incluso el mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Éste da la impresión de inseguridad y/o temor, además de que puede distraer al receptor y/o ponerlo a la defensiva.

Postura. Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida, ni demasiado relajada, que podría malinterpretarse como poco respetuosa.

Expresión facial. Un problema común que puede diluir el mensaje asertivo es que la expresión de la cara no sea congruente con lo que se está diciendo, como sonreír mientras se afirma "esto me enfurece".

Tiempo. La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. Es probable que el jefe responda de una manera poco favorable a una petición de aumento, independientemente de lo bien que se haya construido la solicitud, si se ve abordado precipitadamente antes de entrar a una reunión importante.

Contenido. Todos los componentes asertivos mencionados anteriormente pueden ser inútiles si el contenido del mensaje es amenazador, agresivo o ambiguo.

Una vez concluida la explicación de los componentes de la conducta asertiva se llevará a cabo un ejercicio de autoanálisis racional. En éste se solicita a la Sra. que haga una descripción por escrito de alguna situación en la que quisiera comportarse asertivamente pero que le resulta difícil debido a algún miedo u otra emoción intensa que no le permite hacerlo. En seguida se le pide que exteriorice los pensamientos negativos que vienen a su mente cuando intentara responder asertivamente. Después se le recuerda el procedimiento de desafío de pensamientos negativos y así cambiar el mensaje:

a) Identificando el defecto de la idea.

-¿es cien por ciento cierta esta idea?

-¿la consecuencia que temo, va a ocurrir definitivamente?

-¿qué es lo que sé acerca de mí mismo y de otros que me hace pensar que esto va a ocurrir?

b) Las implicaciones de la conducta.

-Aunque sucediera lo que tanto temo, ¿es catastrófico? ¿puedo enfrentarlo?.

-¿Qué implicaciones tiene este acontecimiento negativo para mí? ¿esto me convierte en una persona mala o poco valiosa? ¿hace esto mala a la otra persona?, si no es así, ¿qué es lo que realmente pasa conmigo y con la otra persona?.

No está de más señalar que no se intenta sustituir los pensamientos irracionales por otros poco realistas o irresponsables; los desafíos racionales evalúan cuidadosamente la situación y se reconoce de manera razonable los posibles resultados.

TAREAS PARA CASA.

Se le asigna a la paciente la tarea de observar y escribir por lo menos tres situaciones en su vida cotidiana en las que las personas se comportaran de acuerdo a los tres tipos de respuesta, marcando cuál es la adecuada.

Usar el autoanálisis racional en tres situaciones durante la semana. Identificar otras situaciones en las que se pudiera aplicar durante la última fase.

Finalización y Prevención de las Recaídas

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es facilitar la remisión de los trastornos del paciente y enseñarle a ser su propio terapeuta. No se supone que

el terapeuta deba resolverle todos los problemas. El terapeuta que se considera responsable de ayudar al paciente con todos los problemas corre el riesgo de engendrar o reforzar una dependencia y lo priva de la oportunidad de comprobar y acrecentar sus habilidades. El tratamiento suele tener una frecuencia de una sesión por semana al comienzo. En un caso ideal, una vez que el paciente ha experimentado una reducción de síntomas y ha aprendido las herramientas básicas de la terapia cognitivo-conductual, la frecuencia se va reduciendo, primero a una sesión cada dos semanas y luego a una cada tres o cuatro semanas. Además, se alienta a los pacientes a que asistan a sesiones de refuerzo a los tres, seis y doce meses luego de terminado el tratamiento.

La planificación del tratamiento a lo largo de las sesiones se puede dividir en tres etapas:

Etapa inicial.- en donde el terapeuta planifica una cantidad de objetivos: construir una alianza terapéutica, identificar y especificar los objetivos del paciente para la terapia; identificar y especificar los objetivos del paciente para la terapia resolver problemas enseñar al paciente el modelo cognitivo y lograr su activación conductual, instruirlo acerca de su trastorno, identificar, evaluar y combatir los pensamientos automáticos(para que realice tareas en el hogar) y orientarlo para uso de estrategias de apoyo.

Etapa intermedia.- el terapeuta sigue trabajando para los objetivos mencionados pero pone énfasis en la modificación de las creencias del paciente comparte la conceptualización cognitiva con el paciente y se vale de técnicas tanto racionales como emocionales, ayuda al paciente a reformular sus objetivos cuando es necesario y le enseña habilidades de las cuales carece pero que necesita para cumplir sus objetivos.

Etapa final.-el énfasis se pone en la preparación para el fin del tratamiento y la prevención de las recaídas, para este momento, el paciente se torna mucho

mas activo en la terapia y toma la iniciativa en lo que compete al armado del plan, la sugerencia de las soluciones para problemas y el diseño para tareas para el hogar.

Aplicación de la terapia en casos de violencia conyugal

En Rincón (2003) Douglas y Strom (1988) señalan siete objetivos que abordar en la terapia para mujeres víctimas de violencia doméstica, terapia que debe ser de carácter cognitivo. Los objetivos son:

1) Reconocer que su sistema de creencias acerca de los roles sexuales es rígido, y que debe flexibilizar dichas creencias para responsabilizarse por su autonomía y cuidado de sí misma,

2) Modificar las creencias que tengan relación con excusar la violencia del maltratador, poniendo énfasis en que la ley considera la violencia doméstica como un delito,

3) Reconocer que vive violencia doméstica y que sus respuestas a la violencia no son anormales,

4) Reconocer que no es responsable por la violencia doméstica, y que ni ella ni otra mujer podría haber controlado las conductas violentas de su pareja,

5) Reconocer que es altamente probable que la violencia se repita,

6) Incluir en su sistema de creencias la posibilidad de que se incremente la severidad de la violencia, llegando incluso a tener consecuencias letales, y

7) Ser capaz de diferenciar entre las ideas de que no puede hacer nada para aumentar su seguridad, y la de que no puede hacer nada para controlar las conductas violentas del agresor. Si bien, a juicio de los autores, esto último es cierto, lo primero no lo es y es importante que la mujer que vive violencia doméstica perciba que tiene opciones para protegerse y garantizar su seguridad.

En el mismo texto se encuentra lo publicado por Webb quien propone una intervención cognitivo conductual, de aplicación individual o grupal. El programa

de tratamiento debe incluir reestructuración cognitiva, modelado, detención de pensamiento e inoculación de estrés, con el objetivo de identificar y modificar creencias erróneas y responder de manera adaptativa a la situación de abuso.

Cox y Stoltenberg, llevaron a cabo un programa de tratamiento con 50 víctimas de violencia doméstica, de 6 sesiones en 2 semanas y de 2 horas de duración por sesión. El programa constaba de cinco módulos: a) Terapia cognitiva, b) Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación, c) Solución de problemas, d) Asesoría profesional, y e) Percepción del propio cuerpo. El programa fue aplicado por mujeres graduadas en asesoría psicológica. Todas las participantes mejoraron en medidas de autoestima y asertividad y redujeron el grado de ansiedad, depresión y hostilidad de forma significativa en comparación con un grupo control que asistía a reuniones desestructuradas para mujeres maltratadas (Rincón 2003).

En 1991 Holiman y Schilit, presentan un programa de tratamiento grupal aplicado a 12 mujeres víctimas de violencia doméstica, durante 9 semanas con una periodicidad de una sesión a la semana y una duración de dos horas por sesión. Las primeras 5 sesiones se dividieron en una hora de trabajo de todo el grupo con demostraciones y juego de roles de procesos cognitivos, y una hora de trabajo en pequeños grupos para facilitar procesos grupales y compartir experiencias. Las cuatro sesiones restantes se trabajó en pequeños grupos sobre las emociones. Los autores plantean que la intervención se estructura en tres grandes bloques: a) Cambio cognitivo, relacionado con modificar actitudes de independencia, asertividad, planteamiento de metas y planes de acción realistas, y comprensión de las cogniciones de los hombres que las maltratan, b) Cambios en la respuesta emocional, aludiendo con eso a la expresión de sentimientos de infelicidad, rabia, alegría, miedo, etc., y c) Animar a las compañeras y ser capaz de salir de la propia problemática. No se entrega información acerca de la formación de los terapeutas. No se encontraron cambios significativos en las

medidas de autoestima entre el pre y el postratamiento, sí en medidas de ira y satisfacción (Rincón, 2003).

En un programa de intervención aplicado por Rincón (2003) a mujeres víctimas de violencia en España en donde se utilizó la terapia conductual se encontró:

“..Un 90.9% de las participantes no solo mejoran de manera significativa sino que también se recuperan desde el punto de vista clínico. Estos resultados se mantuvieron desde el mes de seguimiento y se recuperaron completamente al término de la terapia de una duración de 6 meses...”

Echeburúa et. Al (Rincón 2003) aplicaron un programa de intervención cognitivo- conductual con 62 mujeres víctimas de violencia, que constó de 12 sesiones individuales de una hora de duración aproximada y una periodicidad semanal, llevado a cabo por psicólogos clínicos, los resultados indican que todas las participantes mejoraron significativamente en todas las medidas evaluadas como: expresión emocional y reestructuración cognitiva.

Conclusiones

De la información anterior se desprende que la violencia es un fenómeno presente en todos los sectores de nuestra sociedad y por lo tanto su presencia en cualquier nivel modifica su dinámica. El paso del tiempo y la evolución histórica del hombre poco ha colaborado a disminuirla, simplemente le han contribuido con diferentes formas de ejecución sin que el resultado se vea alterado.

La violencia es una forma de relación entre hombres y mujeres insertada en los distintos contextos y situaciones que conforma la vida social y de pareja. El empleo de la violencia es una estrategia funcional que produce efectos tanto en la persona violentada como en el violento.

Las causas de la violencia, fundamentalmente están basadas en el aprendizaje cultural, las condiciones históricas, familiares y sociales de la persona, de su sistema de creencias, del déficit de habilidades de comunicación y del intercambio del estado de ánimo, experiencias, recuerdos y atribuciones de la misma.

El desarrollo de la conducta violenta está en función de factores que la predetermina, como el espacio en el que se desarrolla, el momento o el tiempo y las circunstancias temáticas que irrumpen con la violencia.

La violencia es una interacción dinámica, en donde la conducta de los actores es indispensable para que se desarrolle; es funcional o no, dependiendo de su atribución, puede percibirse como molesta o dañina, esto posibilita la necesidad de cambio o solución, sin embargo también puede reforzarse su continuidad, perpetuando su mantenimiento.

Es necesario mencionar, que no siempre hablar de violencia significa daño, quizá en algunas circunstancias si, pero finalmente, el uso de la violencia también significa ganancias, sean individuales o sociales.

La violencia a través de su investigación, ha encontrado diversas formas de conceptualizar la, entre ella, se coincide que existen diversos tipos de violencia, como el físico, el verbal y el sexual, pero también se coincide en que gran parte de su desarrollo y expansión se debe a la incompatibilidad del legado cultural ante la idea de una situación de igualdad, que anudado a la encarnación de una simbología que rige la vida de hombres y mujeres, han hecho de este suceso una situación que se inmortaliza.

La sociedad actual no solamente es el escenario donde la representan los problemas que llevan a sus integrantes al uso de la violencia, sino que está actuando como caldo de cultivo, permitiendo su desarrollo crecimiento y extensión; el hombre de forma individual y colectiva, en la violencia, ve facilitada la respuesta a sus deseos, sin antes pensar que es una opción más de las múltiples que podría utilizar para lograr lo mismo que con el uso de la violencia. De la misma forma en que la persona que es violentada podría optar por otra posibilidad de relación, siempre y cuando ella desee el cambio.

Siendo la violencia una opción, el ser humano podría brindar de forma individual y conjunta nuevas formas de interacción a los individuos con los que convive y de esta forma ofrecerse una opción en el cambio de pensar y actuar para formar una cultura que cause el mínimo daño posible a sus integrantes sean naciones, comunidades, familias o parejas, ya que el ser humano tiene la capacidad de cambio y elección.

En un ambiente como el actual en que impera la cultura de la muerte y la guerra y reina la competencia por sobresalir a costa de lo que sea, sería útil

cuestionarnos que la violencia no es la única opción que hay en nuestra vida, siempre estará la alternativa de la paz esperando que alguien opte por ella.

Por lo anterior la terapia Cognitivo-Conductual ofrece una alternativa flexible de tratamiento de la violencia conyugal ya que esta no interfiere con otros tratamientos beneficiando al paciente a corto plazo y sobre todo existe la posibilidad de que la paciente salga adelante pudiendo enfrentar con esta terapia y sin ayuda del terapeuta las crisis que posteriormente pudieran presentarse.

La Psicología ha sido grandemente responsable del estudio de la violencia, siendo así, este suceso exhibe la existencia de un gran campo de trabajo para el psicólogo, ya que es el profesional indicado para promover su investigación e intervención, ya que es un campo muy amplio y enriquecedor que requiere de mayor preparación y especialización.

La carrera brinda a los futuros psicólogos los conocimientos básicos para poder desarrollarse profesionalmente en éste y muchos otros ámbitos, sin embargo, aun se hace necesario el planteamiento de materias y actividades que busquen que los alumnos adquieran conocimientos y desarrollen habilidades con eficacia, que serán básicas en su desarrollo profesional.

En México, el pasado 21 de septiembre del 2006 en materia legal hubo un retroceso en cuanto ha denunciar al agresor (esposo), para poder conseguir el divorcio necesario, pues para que el proceso en contra de este sea legal la acusada deberá expresar detalladamente el tiempo, la forma y el lugar en que ocurrieron los hechos de acuerdo con la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. (Palomo, 2006).

Actualmente, en febrero del 2007 en el Congreso de la Union fue aprobada la Ley General de Protección a la Mujer contra la Violencia Conyugal en

cualquiera de sus formas, emitida en el Diario Oficial de la Federación (Segob, 2007)

Propuestas

✓ Aún es necesario continuar investigando los mecanismos psicológicos que originan y mantienen la dependencia emocional y afectiva de la mujer hacia su agresor. Pero si simplemente nos quedáramos en este nivel paliativo, no atajaríamos el problema desde su raíz. Además, es necesario que este sea abordado desde una perspectiva de prevención, estudiando las variables que generan la situación de maltrato. Desde nuestro ámbito pensamos que sería necesario poner en marcha la propuesta de la ONU en cuanto a las políticas educativas del tipo preventivo en las aulas, con la finalidad de disminuir la posibilidad de que, en el futuro, el alumno se convierta en un maltratador o en una víctima de malos tratos.

✓ Dado que el problema se ha localizado en el campo de la cultura y de la organización social, debemos modificar determinadas creencias y estereotipos mediante una socialización en las instituciones formales de la educación, basada en las nuevas ideas e imágenes.

✓ Queremos hacer notar que la reducción del problema es posible, pues existen medios, conocimientos y metodologías de cómo hacerlo, pero exige de una mayor inversión económica y compromiso por parte de los poderes públicos.

Cabe señalar que la práctica realizada en el servicio social y en el desempeño laboral que realizamos encontramos que no existe algo establecido como terapia de intervención, por lo que cada terapeuta aplica lo que mas cree conveniente.

Por lo anterior, proponemos a la terapia cognitivo conductual como modelo de tratamiento, ya que consideramos que es la terapia que va a dar en el menor

tiempo posible respuesta a la necesidad de la victima para terminar con la situación de violencia que vive.

Referencias

- Arieti, S. y Bemporado, J. (1978). Psicología de la depresión. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. (1993). Con el amor no basta. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, S. J. (2000). Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.
- Bryden W. y Ellis, A. (1989). Práctica de la terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caballo, V (1991). Manual de técnica de terapia y modificación de conducta. Madrid: siglo XXI.
- Del Bosque, R. A. (2003). Manual de terapia cognitiva de acuerdo al modelo de Beck. Tesina F.E.S. Iztacala.
- Delgadillo, L. Alarcón, M. Velásquez, M. Bueno, C. y Zepeda, R. (1999). Elementos sociopsicologicos de victimología. Gobierno del Estado de México, Procuraduría General de Justicia, Instituto de Formación Profesional.
- Ehrlich, E. (1989). Las necesidades psicosociales de la familia en los esposos las esposas y los hijos. México: Trillas.
- Ferreira, G. (1996). La mujer maltratada. México: Hermes
- Fordward, S. (1993). Cuando el amor es odio. México: Grijalbo.

García, M. C. (2000). Violencia contra la mujer, género y equidad a la salud. Harvard Center population and Development Studies, O. P. S.

Garske, J. P. (1989). Psicoterapias contemporáneas. Bilbao: D.D.B.

Hierro, G. (1991). La educación de las señoritas mexicanas. En: De la domesticación a la educación de las mexicanas. UNAM, México Pp. 59- 87

Hierro. G (1994). Los derechos humanos de las mujeres. Revistas de la Universidad de México, no 516- 517 Enero – Feb.

Hierro. G (1998). La violencia de género. En revistas Psicología y Ciencia Social Vol. 2 Suplemento. UNAM, México. Pp. 3-8

Instituto Nacional de la Mujer: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>.

Jacobson, N. y Gottman, J. (2001). Hombres que agraden a sus mujeres: como poner fin a las relaciones abusivas. México: Paidós.

Jiménez, C. (1995). Malos tratos conyugales en el área de Sevilla. Instituto Andaluz de la Mujer. España: Conserjería de la Providencia.

Lamas, M. (1983). El amor como trampa. Revistas Femenina: Vol. VII, No. 26. México. pp. 20-23.

Lamoglia, E. (1995). El triángulo del dolor. México: Grijalbo.

Linn, S. J. Y Garske, J. P. (1999). Psicólogos contemporáneos. Barcelona: DDB.

Lugo, C. (1984). El matrimonio y el derecho. Revista femenina Vol. VIII. No. 28, México.

En Mahoney, M.J Psicoterapias cognitivas. Teoría investigaciones y práctica.
Bilbao : Desclée de Brouwer.

Norwood, R. (1992). Las mujeres que aman demasiado. México: Vergara.

Organización de las Naciones Unidas: www.onu.muwersates.com

Palomo, C. (2006). Retroceso, trabas al divorcio tras agresión: mujeres. México,
Grafico Metrópoli, N.26, 719.

Pastrana, D. (2001). Violencia intrafamiliar: El horror en casa: en [www.jornada.](http://www.jornada.UNAM.Mx/2001/nov/01125/masviolencia.htm)
UNAM. Mx /2001/nov / 01125/ masviolencia.htm.

Ramírez, H. F. A. (2000). Violencia masculina en el hogar- México: Pax.

Redondo, I. S. Y Garrido, G. V. (1999). Propuesta para el tratamiento de los
agresores intrafamiliares: Propuesta desarrollada a petición del Consejo General
del Poder Judicial para la discusión de la misma en la Comisión Interinstitucional
creada al efecto. Barcelona.

S. S. A., (2000). Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar. México: NOM-
190-SSA1, 1999.

Stith, S. M. y Rosen, K. M. (1992). Estudio de la violencia doméstica. Bilbao: desclée
de Brouwer.

Torres, M. (2001). La violencia en casa. México: Paidós.

Trujano, R. (1997). Violencia en la Familia: En revista psicología y ciencia social. Vol.
I No.2 UNAM, México. Pp. 10-19.

Valdez, R. (1998). Panorama de violencia doméstica en México. Cuernavaca Morelos: Violencia doméstica.

Vázquez, N. (1990). La violencia conyugal y los refugios para mujeres golpeadas en Québec: En revista femenina año 14 No. 94 México.

Vitela, N. (2005). Violencia contra la mujer: suman casos faltan acciones. México: El Metro, N.2977.

Walker, L. (1979). El ciclo de la violencia: en Cantrell, L.(1986) Guía para la mujer golpeada. USA: The Chas Franklin Press.

ANEXOS

25 de noviembre *"Día Internacional para la eliminación de la violencia hacia la MUJER"*

Materiales para trabajar el

"Día Internacional para la eliminación de la violencia hacia la mujer"



UNA PROPUESTA ANTE LA VIOLENCIA



UNA PROPUESTA ANTE LA VIOLENCIA

El artículo 1 de la "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer" de las Naciones Unidas (1979), considera que la violencia contra las mujeres es: **"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada"**.

El próximo 25 de noviembre es el día en el que nuestra sociedad occidental, que ha puesto fin a la práctica totalidad de las desigualdades formales entre hombres y mujeres, reflexionará sobre uso de la violencia para controlar el comportamiento de las mujeres. Cuando la Asamblea General de la ONU aprobó el 17 de diciembre de 1999 la denominación de "Día Internacional para la eliminación de la violencia hacia la mujer", en la palabra "MUJER", incluía a todas las mujeres víctimas de la violencia: no sólo a las que la sufren dentro del hogar ó en el marco de sus relaciones de pareja, también a las que son agredidas en la calle, en sus trabajos, en los centros de enseñanza ..., e incluso las que lo son a consecuencia de sistemas sociales y legales discriminatorios para la mujer. Maltratos de todo tipo sustentados en una supremacía de género que, desde tiempos inmemoriales, ha subordinado la mujer al varón hasta el punto de darle a éste el "privilegio" de decidir sobre la vida de las mujeres con las que se relaciona.

El hecho es que en nuestra sociedad, pese a la normativa legal, en numerosas ocasiones, se vulneran los Derechos Humanos y no se respeta el mandato constitucional que reconoce la igualdad de todos ante la ley sin ningún tipo de discriminación, ya sea a través de la **violencia física**: un empujón intencionado, una bofetada, hasta la lapidación o el asesinato, -más de ochenta mujeres han muerto asesinadas, en lo que va de año, en nuestro país-, **la violencia estructural** que es la más invisible de todas y también la más extendida: la mayoría de los contratos eventuales y a tiempo parcial se le hacen a mujeres, las mayores cifras de paro lo ostentan las mujeres, hay muchas menos mujeres ocupando cargos de representación, la imagen sexista y estereotipada de las mujeres, en el cine, en la música..., **la violencia emocional o psicológica**: los insultos, los desprecios, las humillaciones, o las amenazas. Y por último, **la violencia sexual**, que consiste en cualquier contacto sexual no deseado, desde levantar la falda a una chica, hasta la violación.

La violencia contra las mujeres es una expresión de la relación de desigualdad entre hombres y mujeres. Es una violencia basada en la afirmación de la superioridad de un sexo sobre el otro, de los hombres sobre las mujeres.

En el ámbito educativo es fundamental el papel de cada profesor y profesora para prevenir la violencia. No podemos ser tan ingenuos de pensar que la solución depende solamente de la escuela, pero sí que puede ser de gran ayuda y contribuir a que cada día las cosas cambien. La actitud de permisividad o rechazo a los insultos, agresiones o desprecios constituyen un modelo de actuación para los niños. El tratamiento especial que desde el modelo coeducativo se da al aprendizaje de emociones y sentimientos, desarrollo de la empatía, fomento de valores y todos los aspectos que como seres humanos nos hacen más completos y respetuosos con las demás personas y con el medio, sin duda puede contribuir a prevenir el problema que estamos tratando: la violencia.

La coeducación supone una apuesta decidida y consciente por superar un modelo de personas “hombres” y “mujeres” limitados, dependientes, empobrecidos y encadenados a relaciones jerárquicas y subordinadas, al:

- Fomentar una educación integral que de importancia a todos los aspectos de la vida de las personas y en especial la convivencia,
- Prestar atención no sólo a las capacidades intelectuales del alumnado, sino también a los afectos y sentimientos, que nos conviertan en personas autónomas,
- Desarrollar las habilidades sociales,
- Promover una educación laica,
- Visibilizar las aportaciones de las mujeres a la historia de la humanidad y de los distintos saberes.
- Valorar las experiencias de las mujeres tanto en el ámbito público como en el doméstico, las tareas de reproducción y de cuidados y fomentar la participación de los hombres en dichas actividades, etc.

Mientras la nueva política educativa se materializa con un texto y en unos presupuestos, desde SATE-STE instamos a la Administración Educativa a desarrollar **un Plan Integral contra la violencia** e incentivar a los centros y al profesorado a que apueste por llevar a cabo acciones coeducativas, reflejadas en **proyectos de no violencia en los centros educativos**.

Deseamos una nueva política educativa, para la convivencia y avance hacia una sociedad más justa y pacífica. La escuela debe tener como objetivo poner fin a una de las desigualdades más universales y longevas de las existentes. Así, desde la escuela, se asume la responsabilidad de que se debe educar y no sólo instruir, satisfaciendo la demanda social actual y llevando a cabo una Educación en Valores que dé respuesta a los problemas sociales más acuciantes, como el de la violencia de género.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES



En este marco, el área de la mujer de SATE-STEs, aun conscientes de que la escuela es copartícipe en la educación de las personas, denuncia, exige y también facilita diferentes materiales al profesorado con el objetivo de facilitarle el llevar a cabo actividades tendentes a implantar un modelo coeducativo, que superando los estereotipos culturales “femenino” y “masculino”, y sin proponer el modelo masculino como modelo humano normalizado, potencie un desarrollo integral de las propias capacidades, un desarrollo global que colabore a eliminar la jerarquía, desigualdades e injusticias sociales.

**LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA PRIMARIA SON:
CUESTIONARIO PARA ANALIZAR EL CLIMA DE VIOLENCIA EN EL AULA DE PRIMARIA.
LOS JUGUETES... A QUÉ JUEGO, QUÉ APRENDO...
EL SEXISMO.**

**LAS PROPUESTAS DE ACTIVIDADES PARA SECUNDARIA SON:
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.
PUEDEN GENERAR ESTOS CHISTES VIOLENCIA SEXISTA. RAZONA TU RESPUESTA.
INTOLERANCIA A LA VIOLENCIA.
ACTIVIDAD DE ANÁLISIS DE CANCIONES DE AMOR ACTUALES**

Area de la Mujer de SATE-STEs

EL SEXISMO.

El sexismo designa las actitudes que introducen desigualdad y jerarquización por razón de sexo negando a la mujer privilegios, por el simple hecho de ser mujer y achacándole características negativas. Puede manifestarse en la forma de abuso psicológico en la pareja. Lo mismo se aplica a la raza, en cuyo caso el abuso se llama racismo.

Actividades

Escribir en la pizarra las siguientes afirmaciones

Las mujeres son unas lloricas.

Las chicas son tontas

Las mujeres sólo saben cuidar de la casa.

Las niñas no pelean porque no pueden.

Las mujeres les quitan el trabajo a los hombres.

– Preguntar a la clase por turno de palabra, tomando una frase o toda la lista, si es verdadero o falso, sin más discusión.

Escribir en la pizarra puntuaciones con V o F y hacer el recuento.

_ Ir desmontando una a una las afirmaciones, a través de ejemplos concretos y del dialogo entre los que partían de



Trabajadoras de hortalizas en un campo andaluz.

MAS DE 130.000 MUJERES TRABAJAN COMO JORNALERAS EN EXTREMADURA Y ANDALUCÍA, DONDE PERSISTEN DISCRIMINACIONES

posiciones enfrentadas.

La igualdad sigue sin echar raíces

PROPUESTAS DE ACTIVIDADES EN SECUNDARIA

INFORMACION

Mientras persista la violencia dentro de la familia y nuestra sociedad la tolere, muchas mujeres permanecerán en ese ambiente familiar de maltrato que puede causarles inseguridad, miedo y, en algunos casos, la muerte.

La violencia contra las mujeres es un importante problema social y político de la actualidad:

¿Qué es la Violencia?

Se habla de maltrato, violencia o abuso, cuando una persona, a través de su comportamiento, provoca daño físico o emocional a otra persona.

Los malos tratos pueden ser de distintos tipos:

Físicos: Desde un empujón intencionado, una bofetada o arrojar objetos, hasta el extremo del asesinato.

El maltrato físico, además de poner en riesgo la salud y la vida de las personas agredidas en los casos más extremos, provoca miedo intenso y sentimientos de humillación, que van destruyendo la autoestima de las personas.

Psicológicos: Aquí entrarían actos como los insultos ("eres una puta"), los desprecios ("no vales para nada"), las humillaciones y chanzas ("¿Quién te va a querer con esa cara?"). También supone violencia psicológica el ignorar a una persona (no hablar a alguien o hacer como si no existiera) y también la amenaza de agresión física ("como no me hagas caso, te parto la cara"). El maltrato psicológico continuado, al igual que el físico, provoca sentimientos de humillación, que van destruyendo la autoestima de las personas.

Sexuales: Cualquier contacto sexual no deseado. Desde levantar las faldas a una chica, hasta la violación.

Las agresiones sexuales también producen fuertes sentimientos de humillación y por lo tanto, producen daños psicológicos.

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

A. Por parejas, anotar, siguiendo la hoja de registro ANEXA, durante una semana las situaciones de violencia entre iguales que hayan observado o vivido en su entorno (clase, pasillos, recreos, calle, lugares de diversión, ...)

B. Por parejas, volcar la información recogida en la actividad anterior, según el siguiente esquema:

- Número y tipo de actos violentos.
- Momentos y lugares más frecuentes.
- Porcentaje, por sexos, de las personas que inician el acto violento.
- Tipos de respuestas a los actos violentos, en función del género.
- Comportamientos más frecuentes de las personas que presencian la situación.
- * Presentar, por parejas, al gran grupo los resultados obtenidos.
- * En gran grupo, analizar los resultados obtenidos y elaborar por escrito las conclusiones, respecto a:
 - Tipo de actos violentos más frecuentes.
 - Lugares donde se dan.
 - Influencia del género en los tipos de actos violentos y en las respuestas ante los mismos.
 - Comportamiento más frecuente en las personas que presencian las escenas violentas.

FECHA

LUGAR

PERSONA QUE INICIA (Chico-Chica)

¿QUÉ HACE?

PERSONA QUE RECIBE (Chico-Chica)

¿QUÉ HACE?

¿QUÉ HACEN LAS PERSONAS QUE PRESENCIAN LA ESCENA?

OTRAS OBSERVACIONES

INTOLERANCIA A LA VIOLENCIA

Finalidades

– Enseñar a integrar la idea de que NADA JUSTIFICA LA VIOLENCIA A MUJERES E INFANCIA. ES UN DELITO. NADIE TIENE POR QUE TOLERAR ABUSOS DE OTRA PERSONA.

Actividades

– Tomando el siguiente mito: “LOS HOMBRES VIOLENTOS PEGAN PORQUE SE EMBORRACHAN... ESTAN CELOSOS....SUFREN....ESTAN ENFERMOS”.

Exponer la siguiente realidad: “LOS HOMBRES VIOLENTOS PEGAN PORQUE QUIEREN MANDAR EN LAS MUJERES, SER SUS JEFES”.

– Explicar: “Las mujeres que se emborrachan, están celosas, sufren o están enfermas no pegan a sus parejas o maridos”.

– Terminar recordando el derecho: “NADIE TIENE DERECHO A PEGAR A OTRA PERSONA AUNQUE TENGA PROBLEMAS, SOLO EN DEFENSA PROPIA”.

– Poner ejemplos escogidos de las noticias o algún caso conocido, sin violar la intimidad de nadie conocido por el alumnado.

– Dialogar en torno a estos y otros ejemplos que pongan con turnos de palabra breve y asegurándose que las niñas o los niños más expresivos no dominen la situación.

Sugerencias

– Realizar un mural con su clase en el que se exprese un NO A LA VIOLENCIA y un SI A LA JUSTICIA.

Conclusiones

– ¿Cree que se nota la tolerancia a la violencia en su clase? ¿Quiénes toleran? Haga subgrupos después de haber observado la tolerancia/intolerancia exponiendo sus percepciones.

– ¿Ha percibido tolerancia en sí misma-o?

ACTIVIDAD DE ANÁLISIS DE CANCIONES DE AMOR ACTUALES

A través de las canciones que se anexan se pueden llevar a cabo una educación sentimental, haciendo un análisis y poniendo de relieve lo que de normativo tienen, así como el sesgo sexista que muestran.

BEBE – Ella

Ella se cansa de tirar la toalla
se va quitando poco a poco telarañas
no ha dormido esta noche pero no está cansada
no mira ningún espejo pero se siente to' guapa

Hoy ella se puso color en las pestañas
hoy le gusta su sonrisa, no se siente una extraña
hoy sueña lo que quiere sin preocuparse por nada
hoy es una mujé que se da cuenta de su alma

Hoy vas a descubrir que el mundo es solo para ti
que nadie puede hacerte daño, nadie puede hacerte daño
Hoy vas a comprender
que el miedo te puede romper con un solo portazo.
Hoy vas a hacer reír
porque tus ojos se han cansado de ser llanto, de ser llanto...
Hoy vas a conseguir
reír tanto de ti y ver que lo has logrado que...

Hoy vas a ser la mujé
que te dé la gana de ser
Hoy te vas a querer
como nadie te sabio queré
Hoy vas a mirar pa'lante
que pa atrás ya te doy yo bastante
una mujé valiente, una mujé sonriente
mira como pasa

Hoy nació la mujé perfecta que esperaban
ha roto sin pudore las reglas marcadas
Hoy a calzado tacone para hacer sonar sus pasos
Hoy sabe que su vida nunca más será un fracaso

BEBE – Malo

Apareciste una
noche fría
con olor a tabaco
sucio y a ginebra
el miedo ya me
recorría
mientras cruzaba los deditos tras la
puerta
Tu carita de niño guapo
se ha ido comiendo el tiempo por tus
venas
y tu inseguridad machista
se refleja cada día en mis lagrimitas

Una vez más, no por favor que estoy cansá
y no puedo con el corazón
Una vez más, no mi amor por favor,
no grites que los niños duermen
Una vez más, no por favor que estoy cansá
y no puedo con el corazón
Una vez más, no mi amor por favor,
no grites que los niños duermen.
Voy a volverme como el fuego
voy a quemar tus puños de acero
y del morao de mis mejillas sacar valor
para cobrarme las heridas.
Malo, malo, malo eres
no se daña a quien se quiere, no
tonto, tonto, tonto eres
no te pienses mejor que las mujeres
Malo, malo, malo eres
no se daña a quien se quiere, no
tonto, tonto, tonto eres
no te pienses mejor que las mujeres
El día es gris cuando tu éstas

25 de noviembre "Día Internacional para la eliminación de la violencia hacia la MUJER"

Hoy vas a descubrir que el mundo es solo para ti
que nadie puede hacerte daño, nadie puede hacerte daño

Hoy vas a conquistar el cielo
sin mirar lo alto que queda del suelo
Hoy vas a ser feliz
aunque el invierno sea frío y sea largo, y sea largo...

Hoy vas a conseguir
reír tanto de ti y ver que lo has logrado...

Hoy vas a descubrir que el mundo es solo para ti
que nadie puede hacerte daño, nadie puede hacerte daño

Hoy vas a comprender
que el miedo te puede romper con un solo portazo.

Hoy vas a hacer reír
porque tus ojos se han cansado de ser llanto, de ser llanto...

Hoy vas a conseguir
reír tanto de ti y ver que lo has logrado ohhhh...

y el sol vuelve a salir cuando te vas
y la penita de mi corazón
yo me la tengo que tragar con el fogón

mi carita de niña linda
se ha ido envejeciendo en el silencio
cada vez que me dices puta
se hace tu cerebro más pequeño

Una vez más, no por favor que estoy cansá

y no puedo con el corazón
Una vez más, no mi amor por favor,
no grites que los niños duermen
Una vez más, no por favor que estoy cansá

y no puedo con el corazón
Una vez más, no mi amor por favor,
no grites que los niños duermen.
Voy a volverme como el fuego
voy a quemar tus puños de acero
y del morao de mis mejillas sacar valor

para cobrarme las heridas.
Malo, malo, malo eres
no se daña a quien se quiere, no
tonto, tonto, tonto eres
no te pienses mejor que las mujeres
Malo, malo, malo eres
no se daña a quien se quiere, no
tonto, tonto, tonto eres
no te pienses mejor que las mujeres..

RICARDO



Amaral Sin tí no soy nada

Sin ti no soy nada,
Una gota de lluvia mojando mi cara
Mi mundo es pequeño y mi corazón
pedacitos de hielo
Solía pensar que el amor no es real,
Una ilusión que siempre se acaba
Y ahora sin ti no soy nada
Sin ti niña mala,
Sin ti niña triste
Que abraza su almohada
Tirada en la cama,
Mirando la tele y no viendo nada
Amar por amar y romper a llorar
En lo más cierto y profundo del alma,
Sin ti no soy nada
Los días que pasan,
Las luces del alba,
Mi alma, mi cuerpo, mi voz, no sirven de
nada
Porque yo sin ti no soy nada
Sin ti no soy nada
Sin ti no soy nada
Me siento tan rara,
Las noches de juerga se vuelven amargas
Me río sin ganas con una sonrisa pintada
en la cara
Soy sólo un actor que olvidó su guión,
Al fin y al cabo son sólo palabras que no
dicen nada

Los días que pasan,
Las luces del alba,
Mi alma, mi cuerpo, mi voz, no sirven de
nada
Qué no daría yo por tener tu mirada,
Por ser como siempre los dos
Mientras todo cambia
Porque yo sin ti no soy nada
Sin tí no soy nada
Sin ti no soy nada

**CONTESTA A LAS SIGUIENTES
CUESTIONES:**

- 1.- Casi siempre es el hombre el que maltrata a la mujer ¿ Por qué crees que es así?.
- 2.- ¿Por qué crees que una persona que es maltratada por su pareja, se calla, se aguanta y sigue conviviendo con esa persona?
- 3.- ¿Crees que las personas cercanas a una pareja que convive con violencia , pueden hacer algo para impedir esta situación?
- 4.- ¿ Crees que la sociedad puede hacer algo para que disminuya el maltrato hacia la mujer?

25 de noviembre “*Día Internacional para la eliminación de la violencia hacia la MUJER*”

Hey,

Mañana avisame si acaso te demoras
Yo estaré esperándote a la misma hora
En el colegio donde por la tarde a solas
Voy a tenerte mía, voy a besuquiarte toa'
Mañana dime si algún hombre te incomoda
Pa' reventarlo y que sepa que no estas sola
Yo voy a toa' por ti
Yo moriría por ti
Yo mataría por ti
A cualquier hora
Mañana avisame si acaso te demoras
Yo estaré esperándote a la misma hora
En el colegio donde por la tarde a solas
Voy a tenerte mía, voy a besuquiarte toa'
Mañana dime si algún hombre te incomoda
Pa' reventarlo y que sepa que no estas sola
Yo voy a toa' por ti
Yo moriría por ti
Yo mataría por ti
A cualquier hora

Pal' carajo lo que piense la directora
De que te fui a buscar con mis socios en motora
Yo lo que quiero es que salgas
Gatita, te añora tu gato
Sal por favor que pasan las horas

Yo solo quiero es que tu me enseñes
Que eres una muchacha decente
Y aunque en el brazo llevo tatuajes
Dice la gente que soy un gangster
Pero to's mienten

Loca con que llegue el fin de semana
Pa' meterle las cabras a tu hermana
De que vas pal' cine con tus panas
Un placer tenerte en mi cama

Nunca madruga para ir a la escuela
Siempre me llama por si el timbre no suena
Yo dando rondas esperándote afuera
Y tu te asomas cuando mi canción suena
Hay rumores de que te enamoraste

Y a tus amigas de mi les contaste
Que aunque muchos gente dice que soy gangster
Nadie podrá con este romance

Hey,
Mañana avisame si acaso te demoras
Yo estaré esperándote a la misma hora
En el colegio donde por la tarde a solas
Voy a tenerte mía, voy a besuquiarte toa'
Mañana dime si algún hombre te incomoda
Pa' reventarlo y que sepa que no estas sola
Yo voy a toa' por ti
Yo moriría por ti
Yo mataría por ti
A cualquier hora

Habla con el viejo pa' ver si te escucha
Aunque te pichée yo sigo en la lucha
Cuéntale que cantas mis canciones en la ducha
Y que tus emociones son muchas
Que mi único pecado fue amarte
Y ser dueño de todas tus partes
Suegro, no pichée, usted lo vivió antes
La nena se va conmigo después de graduarse

Hey,
Mañana avisame si acaso te demoras
Yo estaré esperándote a la misma hora
En el colegio donde por la tarde a solas

Voy a tenerte mía, voy a besuquiarte toa'
Mañana dime si algún hombre te incomoda
Pa' reventarlo y que sepas que no estas sola
Yo voy a toa' por ti
Yo moriría por ti
Yo mataría por ti
A cualquier hora.....

Hey,
Mañana avisame si acaso te demoras
Mañana avisame si acaso te demoras
Mañana avisame si acaso te demoras

¿Qué se computa?		
Informes Organizaciones	Casos asesinatos en 2003	Casos 2004
Violencia de Género con resultado de muerte:		
Subtotal Ámbito Intra-familiar ...		81
PAREJAS O EX-PAREJAS...		61
OTRAS RELACIONES FAMILIARES...		20
Agresión sexual ...		6
Tráfico de mujeres y Prostitución...		3
OTRAS VÍCTIMAS INDIRECTAS...		4
TOTAL VÍCTIMAS ...		93
ver nota Sin datos suficientes / no contabilizadas ...		10
Menores (computadas/os en las categorías anteriores) . .		14

25 de noviembre “*Día Internacional para la eliminación de la violencia hacia la MUJER*”

BIBLIOGRAFIA EMPLEADA

URRUZOLA, María José. “Introducción a la Filosofía Coeducadora”. Maite Canal. Editora, 1995.

VARIOS/AS. El harén pedagógico. Edt. Graó. Biblioteca Aula. 2000.

VARIAS. “ Unidades Didácticas Coeducativos II” Edt:Consejería de Educación y Ciencias. CPR de Gijon. Asturias 2003.

VARIAS. Materiales didácticos para la prevención de la violencia de género. Educación Secundaria. Edt: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.1999

JIMENEZ Aragonés, Pilar. Materiales didáctico para la prevención de la violencia de género. Edt. Consejería de Educación y Ciencias. Junta de Andalucía.1999

USTEA “Mujeres Andaluzas para el siglo, XX...Unidad Didáctica para Primaria y Secundaria (II). Secretaría de la Mujer de USTEA. Córdoba 2002.

LARA Castaño, Ana Isabel “ Materiales Didácticos para la Visualización de la Mujer en Melilla” Edt: Grupo Editorial Universitario. Granada 2004

VARIAS. “ EL MISTERIO DEL CHOCOLATE EN LA NEVERA” Propuesta Didáctica para Educación Infantil y Primaria. Edt: Instituto de la Mujer. Madrid 2003



Anexo 2

FICHA DE IDENTIFICACION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL

Fecha: _____ Hora: _____

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: (M) (F) Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Tiempo de residencia: _____

Estado civil: Casado Unión Libre Separado Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Nivel socioeconómico: Alto Medio Bajo

Incapacidad: Ninguna Física Mental

SITUACION PERSONAL

Motivo _____ de _____ consulta: _____

Tipo de maltrato: Emocional Sexual Físico Social Económica

Fecha de última menstruación: _____ Relación con el agresor: _____

Tiempo de relación con el agresor: _____ Situación legal: _____

Lo que el usuario requiere: Terapia () Asesoría Legal () Otros (especificar) _____

Resumen del caso:

Canalización:

Caso:

Fuente: Procuraduría General de Justicia del Estado de México.

Anexo 3

1. HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO, SEGÚN SITUACIÓN ESPECÍFICA DE VIOLENCIA.		
NO.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
A. Riesgo a la salud mental e incremento a la violencia.		
1.	¿La insultó, menosprecio o humilló en privado o frente a otras personas?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
2.	¿Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas (aislamiento)?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
3.	¿La controló en sus actividades o tiempos?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
4.	¿Le quitó o usó sus pertenencias en contra de su voluntad?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
5.	¿La difamó o proporcionó información sobre usted dañando severamente su imagen ante los demás?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
6.	¿Contrajo matrimonio con otra persona a pesar de estar casado con usted?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
7.	¿Le destruyó algunas de sus pertenencias?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
8.	¿Se puso a golpear o a patear la pared o algún otro mueble u objeto?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
9.	¿Amenazó con golpearla o encerrarla?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
10.	¿Amenazó con matarla?	Nunca No. De veces Fecha del último evento

11.	¿Amenazó con llevarse a sus hijos/as?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
B. Riesgo a la salud Física.		
12.	¿La sacudió, zarandeó, jaloneo o empujó a propósito?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
13.	¿La golpeó con la mano, el puño, objetos o la pateó?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
14.	¿Le produjo quemaduras con objetos o sustancias?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
C. Riesgo a la salud sexual y reproductiva.		
15.	¿La forzó a dejarse tocar o acariciar en contra de su voluntad?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
16.	¿Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijos?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
17.	¿Ha forzado físicamente a alguna persona o alguno de sus hijos/as para tener sexo?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
18.	¿Le controla el uso de métodos anticonceptivos o no le permite usarlos?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
19.	¿La obligó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin utilizar fuerza física?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
20.	¿La forzó a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando la fuerza física?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
21.	¿La forzó a tener sexo con prácticas que no son de su agrado?	Nunca No. De veces Fecha del último evento

22.	¿Ha estado o esta embarazada como producto de la violación? Indague el tiempo de gestación.	Nunca No. De veces Fecha del último evento
23.	¿Le ha impedido interrumpir el embarazo aún cuando éste sea producto de la violación?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
24.	¿La ha golpeado durante el embarazo?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
25.	¿La ha golpeado durante el embarazo y eso le provocó un aborto?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
D. Riesgo de muerte inminente.		
26.	¿La golpeó tanto que usted creyó que iba a matarla?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
27.	¿La trató de ahorcar o asfixiar?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
28.	¿La tiró por las escaleras o de la azotea, balcón, del auto en movimiento, etc.?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
29.	¿La agredió con alguna navaja, cuchillo o machete?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
30.	¿Le disparó con alguna pistola o rifle?	Nunca No. De veces Fecha del último evento

* Si la información reportada por la usuaria requiere la referencia de más de un tipo de servicio, elija el de mayor nivel de resolución.

2. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA USUARIA ANTE LOS EVENTOS VIOLENTOS.

NO.	PREGUNTAS	FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 12 MESES
1.	¿Ha tenido trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormida) y pesadillas?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
2.	¿Usted ha perdido interés en participar en actividades significativas para usted?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
3.	¿Usted ha tenido una gran pérdida recientemente (por muerte, separación, pérdida de bienes o de trabajo, etcétera.)?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
4.	¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares y amigos?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
5.	¿Usted consume alcohol o drogas con frecuencia?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
6.	¿Usted ha estado continuamente muy deprimida?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
7.	¿Usted ha pensado en quitarse la vida?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
8.	¿Usted ha planeado una forma de quitarse la vida?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
9.	¿Usted ha intentado quitarse la vida?	Nunca No. De veces Fecha del último evento
10.	¿Tiene usted amigos/amigas o familiares que pudieran	Sí No

	ayudarle con hospedaje o dinero en caso de emergencia?	
11.	¿El lugar que piensa es un lugar donde su agresor no pueda encontrarla?	Sí No

3. HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR*		
NO.	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1.	¿Existe alguna razón por la que usted sienta un miedo intenso hacia su agresor?	No Sí, describa
2.	¿Tiene antecedentes penales o ha estado en la cárcel?	No Sí, describa
3.	¿Utiliza drogas o alcohol con frecuencia y tiene el efecto de agredirla severamente?	No Sí, describa
4.	¿Tiene acceso a armas?	No Sí, describa
5.	¿Participa en actividades delictivas?	No Sí, describa
6.	¿Tiene nexos con grupos policíacos o militares?	No Sí, describa
7.	¿Existen otros aspectos relevantes que nos ayuden a evaluar la peligrosidad del agresor?	No Sí, describa

*Si la usuaria responde afirmativamente a más de una de estas preguntas, el agresor es de alta peligrosidad, considere este factor en la elaboración del plan de seguridad.

Fuente: Instituto de Salud del Estado de México.