



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA
SALUD DE LA MUJER***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
JUANA SÁNCHEZ SALAZAR

**DIRECTORA DE LA TESINA: LIC. MARÍA DEL ROSARIO
MUÑOZ CEBADA**



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

Mayo 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA SALUD DE LA MUJER

ÍNDICE

Introducción	3
Antecedentes	6
1. La Violencia.	8
1.1 Violencia Familiar	12
1.2 Violencia Conyugal	15
1.3 Violencia Física	17
1.4 Violencia Psicológica	19
1.5 Violencia Sexual	22
1.6 Violencia Económica	26
2. La Salud.	29
2.1 Consideraciones generales sobre salud	29
2.2 Salud en Relación con la Mujer	31
2.2.1 Problemáticas referidas a la violencia contra las mujeres	36
2.3 Salud y Violencia en la Mujer	37
3. Alteraciones del Estado de ánimo causados por la violencia	41
3.1 Síntomas depresivos en la mujer	43
3.1.1 Los tipos de depresión según Mabel Burin	44
3.1.2 Trastornos depresivos en la mujer	47
3.1.3 Los estados depresivos según J. Kristeva	51
3.1.4 Estrés y Depresión	52
3.2 Baja Autoestima	54
3.3 Estrés Postraumático	58
3.4 Desvalorización de la mujer	60
4. Propuesta	61
5. Conclusiones	67
Bibliografía	78

Introducción

El presente trabajo muestra como la violencia contra las mujeres se ha convertido en una preocupación de salud pública de enormes proporciones. En México de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 15 de cada cien mujeres sufre de algún tipo de violencia y al menos 20 de cada 100 mujeres han sufrido una agresión de tipo o carácter sexual durante su vida. Las tasas de violencia contra las mujeres son todavía mayores alrededor del mundo donde se ha encontrado que una de cada tres mujeres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales y maltratadas psicológicamente.

Además del daño físico existen consecuencias emocionales. La amenaza de la violencia masculina contra las mujeres es una importante fuente de temor y estrés.

La violencia familiar que como se menciona, ejercen los hombres hacia las mujeres, trasciende edad, origen étnico, posición socioeconómica y orientación sexual.

A lo largo de la historia las mujeres han sido las mas pobres entre los pobres debido a que se registran los índices mas altos en analfabetismo, educación trunca, deficiente y pocas oportunidades por su condición para continuar con estudios técnicos, una carrera profesional y en su caso su incorporación limitada a empleos bien remunerados. Padecen graves efectos de violencia social; por su condición de mujer enfrentan diferentes formas de agresión sexual, acoso, hostigamiento y abusos diversos. En algunos casos son sometidas desde niñas a la prostitución, la pornografía o la esclavitud sexual.

Sin embargo, la violencia que sufren en todo el mundo por ser mujeres no se reduce al aspecto puramente sexual: ellas se enfrentan a golpes, humillaciones y subvaloración cotidianamente, dentro y fuera de su hogar pero de manera relevante se encuentran desprotegidas y a merced de agresores en un porcentaje alarmante al interior de la familia. El sitio mas inseguro es su propia casa.

Las mujeres han carecido históricamente de palabra, ninguno de los símbolos que ellas encarnan está asociado con la transparencia, el orden, la claridad o la veracidad, por el contrario, son consideradas en las sociedades tradicionales como llanamente humanas, diosas, reinas, princesas, musas, figuras alegóricas; símbolos de impureza, perdición, amenaza social, peligro; objetos de deseo, fertilidad, y nutrición.

La discriminación de las mujeres ocupa un lugar importante en esta investigación, no solo por que las mujeres constituimos mayoría demográfica sino por que este tipo de discriminación es una de las más toleradas y se asume como algo natural en el imaginario colectivo, lo que genera consecuencias graves tanto para ellas como para sus familias.

En algunos estudios realizados en América Latina y otras regiones del mundo se han demostrado que la violencia doméstica es una amenaza importante contra la salud y el bienestar de las mujeres, en países latinoamericanos identificaron esta situación y se han llevado a cabo acciones para tipificar la violencia doméstica como un delito. En México por ejemplo el Gobierno del Distrito Federal promulgo, en 1996, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, mientras que el Gobierno Federal aprobó las reformas a Códigos Civil y Penal de la República Mexicana.

La violencia familiar representa una amenaza contra la salud física y mental de las mujeres, a lo largo de la historia han sufrido maltrato por parte de sus parejas y pocas veces se hizo algo al respecto, por costumbre, tradición, ignorancia, miedo y por otros motivos no decían nada. En la actualidad existen centros de apoyo a la mujer y, la violencia contra ellas es ya reconocida aunque su tratamiento lamentablemente ha sido insuficiente y continúan con la costumbre de sometimiento sin tomar decisiones de llevar una vida sana y feliz.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) exhorta a que se capacite a los y las profesionales de la salud para que reconozcan las señales de la violencia doméstica, registren estos casos y respondan con programas y acciones adecuadas a las necesidades de las víctimas.

La violencia familiar doméstica es un tema delicado del que casi nadie habla, ni siquiera las víctimas. Los servicios de salud son un punto clave para su prevención y control, siendo las instituciones las únicas que tienen contacto con todas las mujeres en algún momento de su vida.

Se requiere que las consecuencias de la violencia se traten de manera integral y de forma efectiva el primer paso para abordar este problema es trabajar en la prevención y el reconocimiento de los actos violentos en contra de las mujeres.

Es en este sentido este trabajo de investigación se propone documentar esta problemática tanto es sus formas como en los diferentes tipos de violencia y recuperar el aprendizaje para plantear un contenido de taller con el que se pueda abordar y establecer un esquema de atención integral que va desde la prevención, el reconocimiento de la situación de violencia, además de un enfoque de recuperación.

Antecedentes

El fenómeno de la violencia y el maltrato en el ámbito familiar no son un problema reciente. Las investigaciones históricas revelan que ha sido una característica de la vida familiar aceptada como normal desde tiempos remotos

y cuya definición como constructo cultural está influenciada por creencias y estereotipos arraigados en la sociedad.

Desde los años setenta el tema de la violencia emerge y las organizaciones de mujeres de esa década crearon estrategias y refugios para las mujeres maltratadas

También hasta la década de los setenta la violencia familiar cobró interés y atención por parte del gobierno y los organismos internacionales (Torres, 1997), y se fortalece el movimiento feminista que resulto decisivo para llamar la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres.

En América Latina, en las décadas de los ochenta y noventa surgieron los centros de atención integral como una estrategia novedosa para enfrentarla. En estos centros de atención, a las mujeres, según sus recursos, se les brinda asistencia médica, servicios jurídicos y se organizan grupos de autoayuda. Además algunas instituciones poseen un albergue para la protección de las mujeres maltratadas y sus hijos.

Por otra parte, se estableció que la violencia doméstica era un problema complejo que “constituía una ofensa intolerable a la dignidad de los seres humanos”. En 1985 (Nairobi) señaló que la violencia doméstica es un gran obstáculo para las metas de igualdad, desarrollo y paz.

La Asamblea General de las Naciones Unidas (Noviembre de 1985) buscaba acción concertada y multidisciplinaria para combatir el problema e introducir medidas criminológicas específicas, ya que se considera un problema mundial que traspasa culturas y países.

Se iniciaron campañas en gran escala para hacer visible la realidad de las mujeres maltratadas en Europa y en los Estados Unidos, que rápidamente se extendieron a otros países. En los últimos años varios países latinoamericanos (entre ellos Paraguay, Argentina, Bolivia, Costa Rica, Panamá, El Salvador y

más recientemente México) han aprobado leyes específicas sobre violencia doméstica (Ibíd.).P.

En México es importante que se aborde esta problemática de la violencia doméstica, ya que los esfuerzos no son suficientes para lograr su erradicación en las esferas familiares, ya que esto presupone que también se cuestionen y modifiquen estructuras socio-culturales y políticas que permiten el abuso hacia la mujer.

En últimas décadas las estadísticas han revelado que el lugar más inseguro, es la propia casa, donde millones de personas padecen toda clase de sufrimientos debido a la violencia entre parientes y es por eso que muchos mueren por ello.

1.- La violencia

La violencia es el uso de la fuerza y el poder (de forma ilegítima) para someter o controlar a otros que generalmente se encuentran en un estado más vulnerable del que somete, ya sea por edad, sexo, fuerza física o relación de parentesco. Este sometimiento utiliza métodos que generalmente causan grave daño físico o psicológico en quien se ejerce.

Quien sufre de violencia general no es consciente de ella, y tanto no es capaz de conocer su propio síndrome y piensa que el problema le atañe en este caso a esa persona exclusivamente, en una intervención por profesionales especializados se ha trabajado en cuanto a que puedan reconocer las formas de agresión de las que son víctima y tomar conciencia de los fenómenos psicológicos que produce la exposición continua de una conducta violenta.

Esta situación no es un incidente aislado, sino un patrón de conductas caracterizadas por el abuso de poder, la intimidación y la coerción, es un problema social y de salud que es una citación que avanza e incide física y mentalmente en la víctima. Se investiga sobre las formas de crear conciencia de que muchas patologías están relacionadas con el maltrato. (Olivares, 2001 p.42).

Como un mal de la sociedad, la violencia, tiene efectos muy graves y nocivos que abarcan a todos los miembros de la familia, lo que resulta muy duro es aceptar que ese comportamiento violento es, necesariamente generador de delitos de diversa índole, con sus consecuencias y víctimas correspondientes.

En la Violencia encontramos tres de los delitos tipificados por el código penal, las injurias, la intimidación y las agresiones o, en el lenguaje más común: los insultos, las amenazas y los golpes.

Esta situación de maltrato se encuentra en todos los estratos sociales y económicos, puede tener cualquier edad y nivel de escolaridad, puede practicar alguna religión o culto, y tener cualquier estado civil, aunque el más alto

porcentaje pertenece a mujeres casadas legalmente con muchos años de matrimonio y numerosos hijos.

La violencia ha sido estudiada por diferentes teorías y perspectivas. Darwin (en Dart, 1962) estudió cómo los primeros hombres pierden sus prácticas iniciales en la medida en que adquieren la costumbre de usar piedras, mazas y otras armas para luchar contra sus enemigos o rivales. Por lo cual considera que la violencia es una forma de comportamiento de la cual depende su sobrevivencia en la lucha por la existencia.

El paleantropólogo Dart (1962) considera que la crueldad y el canibalismo es una herencia de nuestros antepasados, ya que la tendencia a la crueldad y el siniestro gusto por la sangre sólo pueden ser explicados en “el origen carnívoro y caníbal éSCO del hombre”.

Rousseau (1966) señala que hay desigualdades naturales y sociales que conducen al predominio del más fuerte, a la desigualdad de distribución de la riqueza y de los privilegios. Los hombres se convierten en amos y esclavos, la dominación y la servidumbre van acompañadas de la violencia y la rapiña

Fromm (1977) encuentra una estrecha relación entre frustración y agresividad. La frustración conduce a la depresión, a la ansiedad, a la impotencia, al hastío, al aburrimiento, a su vez el aburrimiento puede ser crónico-depresivo y conducir a la destructividad y violencia. La violencia puede expresarse como violencia sexual o resentimiento social. Además de considerar que la agresión puede ser benigna o maligna, positiva o negativa, constructiva o destructiva, ya que para él existe agresión tanto en la huida como en el combate.

Por su parte, Velásquez (2000) investigador del genoma humano ha dicho que “no existe determinismo genético”, que para determinadas conductas hay que tomar en cuenta la complejidad del hombre en el que intervienen: la multifactoriedad y la heterogeneidad. Es así como el hombre hereda un cerebro con la capacidad de pensar, pero no con el hecho de poseerlo piensa. Puesto que el hombre adquiere un equipo biológico que le permite hacer cosas, hereda capacidades, potencialidades, aptitudes, y sus posibilidades y contenidos

específicos son una cuestión social e histórica. De tal forma, el hombre nace con la capacidad de actuar de formas diferentes, siendo el contexto social en el que se encuentre, el que va a determinar cierta conducta. Por lo que los conceptos, valores y emociones no son congénitos, se transmiten por el conjunto de relaciones sociales que se traducen en el significado de la vida, lo que es bueno y malo, nuestras aspiraciones y deseos, así como también la idea que tenemos acerca de la felicidad. La angustia, la ansiedad, el miedo, la ira y el placer son el resultado del funcionamiento del cerebro que envía sus mensajes a las glándulas, influyendo a su vez, la acción en el cerebro.

Por ello Tecla (1995) insiste en que la violencia social o humana tiene las siguientes características: no es innata sino que surge en un determinado grado de desarrollo; incluye el factor consciente (tanto la conciencia de dominio como la de servir); tiene que ver con lo que es el poder y con una tecnología (armas, objetos, conceptos, imágenes, etc.), además de (hacer el bien personal y el mal por segunda mano). Asimismo, identifica que en la violencia existe “despojo y explotación”, puesto que existe asimetría de poder entre los individuos: los débiles y los fuertes, en donde los fuertes utilizan su poder sobre los débiles. Siendo en su mayoría de estos últimos; los niños, las mujeres y los ancianos. Y los que se encuentran en el poder; los hombres agresores, que tiene como fin el impedimento del desarrollo personal de los débiles, y por consiguiente, su destrucción psicológica, e incluso física, y de esta forma permanecer en el poder.

Como se ha mostrado varios autores han estudiado la violencia, y concluyen que la violencia y la agresión tiene un mismo origen, pero mantienen diferencias, por ejemplo Tecla (1995) acentúa la diferencia ente agresión y violencia. Considera a la agresión como un concepto más amplio referente a la aptitud de los organismos para adaptarse a las condiciones, pero que la agresividad no significa necesariamente violencia, ya que ha ésta se le puede considerar un mecanismo de adaptación. En cambio la violencia es una forma agresiva más compleja que se refiere sólo en los seres humanos y que está mediada por la conciencia y la tecnología.

Por otra parte Riquer (1992) señala que no toda agresión es violencia, pero que toda violencia si es agresión. Ya que la agresión implica una acometida contra alguien y que no necesariamente supone el uso de la fuerza física. Además de no implicar forzosamente el obligar a alguien a hacer alguna cosa en contra de su voluntad, a diferencia de la conducta violenta. Por lo cual, quien es agredido puede, de algún modo, ceder o conceder “voluntariamente” frente a su agresor. Violencia, en cambio, implica un ataque sorpresivo, el uso de la fuerza física y la obligación de hacer alguna cosa en contra de la voluntad propia. La violencia va más allá de la conducta agresiva, en donde el agresor tiene cierta finalidad al agredir, valiéndose de varios métodos al llevarla a cabo.

1.1 Violencia Familiar

La familia es uno de los grupos más importantes dentro de la sociedad, ya que es en ella donde los individuos se forman, y donde es posible encontrar amor, solidaridad y protección para desarrollarse plenamente y llevar a cabo una vida sana y satisfactoria, reflejada como tal en la sociedad. Ya que se ha considerado a la familia como la base de la organización social, debida a su carácter mediador entre el individuo y la sociedad (Nolasco, 1977). No obstante, algunos de los miembros de la familia, en lugar de encontrar seguridad, apoyo, respeto y afecto se ven envueltos en constantes agresiones que los hacen dignos de una vida insana que repercute en su entorno social; la escuela, el trabajo, y además, y esta forma, puede ser un obstáculo para el

desarrollo político, económico y social del país (Encuentro Continental sobre Violencia familiar, 1996).

La Violencia Familiar ha sido una especie de “oveja negra”, algo secreto y soslayado, auspiciado por las creencias sociales o culturales. Estas sostienen que la familia es como un santuario pleno de amor y cuidado para sus integrantes, se prefiere rodear de silencio y de prejuicios al sufrimiento y al abuso que pueden darse en el seno de una de nuestras más queridas instituciones, fomentando y encubriendo la comisión de delitos con total impunidad, todo quedado en familia, se manifiesta de múltiples maneras, no ocurre con igual frecuencia ni con el mismo grado de gravedad en un hogar que en otro, la frecuencia y el grado son los elementos que caracterizan y delimitan a ciertos cuadros o síndromes.

Para este tipo de violencia la expresión extrema y de rasgos dramáticos del ejercicio autoritario del poder patriarcal, es un aspecto principal, porque se ejerce en donde se esperan actividades de afecto, comprensión y respaldo; “su existencia niega el hecho de que el hogar, como debiera serlo, o quisiéramos que fuese, sea el lugar más seguro para quienes conforman la familia”. Por el contrario, la realidad nos muestra que este hogar y algunas de las personas con las que viven forman un ámbito donde es más probable que la mujer, las personas de tercera edad y discapacitados sean agredidos y donde la mayor parte de los niños experimentan por primera vez la violencia (Legisladores Federales, 2000 cit. en Olivares, 2001 p.40).

Violencia familiar es el acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional, sexualmente o dar muerte a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan o lo hayan tenido por afinidad, civil: matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño.

Por lo tanto implica además de restricción a la libertad, la dignidad y el libre movimiento, y a su vez una violación directa a la integridad de la persona.

Muchos de los tipos de violencia familiar son de hecho manifestaciones de tortura, de encarcelamiento en la casa, de terrorismo sexual, o de esclavitud. Desde esta perspectiva, la violencia familiar representa una violación a los derechos humanos de las mujeres afectadas. Asimismo, al atentar contra el potencial humano de las mujeres afectadas, la violencia familiar limita la plena incorporación de estas personas a los procesos de desarrollo social, político y económico. (Organización Panamericana de la Salud, 1999 cit. en Olivares 2001 p. 40).

Por tanto la violencia familiar reviste diversas modalidades, frecuencias y grados de gravedad. La víctima más frecuente es la mujer (esposa), así lo demuestran las estadísticas mundiales. La violencia física, psicológica y sexual perpetuada contra las mujeres, hombres, niños, niñas, es casi siempre un delito masculino. También cabe destacar que es un delito, "conducta que realiza un hombre en un momento determinado de su vida y en circunstancias especiales para él" (Marchiori, 1990), que afecta a toda la sociedad y, por lo tanto, concierne al derecho penal el hecho de sancionarlo (Campos, 2000). Para el Distrito Federal existe a partir de 1991, la tipificación de los delitos sexuales, según el Código Penal.

La ley de Asistencia y Prevención de la Violencia familiar, y Marco Jurídico Internacional (1998) señala que "por violencia se considera el uso de la fuerza física o moral, así como la omisión grave, que de manera reiterada se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones" (Capítulo octavo, Art. 343).

En el momento en que alguien de la familia recurra a los golpes o agresiones verbales, o deje de cumplir con sus deberes y obligaciones en su trato diario con los menores y adultos de la casa, comete violencia familiar. Existe cuando uno de los integrantes de la familia, por acción u omisión, daña la vida o la integridad física o psicológica e incluso la libertad de otro (s) integrante (s) y afecta el desarrollo de su personalidad. La violencia familiar es consecuencia

de diferentes situaciones de carácter familiar, social y cultural (Procuraduría General de la República, 1999 cit. en Olivares, 2201 p. 41).

Ramírez (2000) en su libro *Violencia masculina en el hogar*, la describe como “las agresiones o daño sistemático y deliberado que se comete en el hogar contra algún miembro de la familia, por alguien de la misma familia;... este daño se produce al violar los espacios de la otra persona, sin su permiso, para quitarle su poder y mantenerla desequilibrada, porque el objetivo de la violencia es vencer su resistencia y obtener subyugación, es decir controlada y dominada” (pág. 5).

La violencia familiar globalmente considerada, involucra la totalidad de los miembros del núcleo social en todas sus combinaciones de parentesco; en tanto que la violencia conyugal aparece en una relación íntima y duradera entre un varón y una mujer, estén o no legalmente casados.

1.2 Violencia Conyugal

La violencia no es un fenómeno indiscriminado, adopta dos formas distintas: la *violencia agresión*, que se encuentra entre personas vinculadas en una relación “igualitaria”. Aquí ambos reivindican su pertenencia a un mismo status de fuerza y poder, independencia de la fuerza física, ya que quien domina en lo corporal puede o no dominar en lo psicológico. Esposo y esposa aceptan la confrontación y la lucha. Por ejemplo, el marido puede pegarle a la mujer, pero ésta le arroja un objeto o lo insulta. La *violencia castigo*, es aquella que tiene lugar entre personas implicadas en una relación “desigualitaria”. Se manifiesta en forma de castigos, torturas o falta de cuidados; uno de la pareja reivindica una condición superior al otro. Por ejemplo, el hombre le pega a su mujer, la esclaviza, la priva de su libertad, le impide todo contacto con el exterior y le niega su identidad. Según, él, el castigo se justifica porque ha descubierto una

“falta”. A menudo el receptor está convencido de que tiene que conformarse con la vida que le imponen.

Es importante destacar que en la violencia agresión, se da una pausa complementaria, que comprende dos etapas diferentes: la aparición del sentimiento de culpabilidad, que será el motor de la voluntad de reparación, y en la otra etapa, aparecen los comportamientos reparatorios como mecanismo de olvido, irresponsabilidad, que sirven para mantener el mito de la armonía y buena familia. En la violencia castigo no hay pausa, el actor emisor considera que debe comportarse así; al no haber pausa la violencia permanece escondida, adquiriendo un carácter íntimo y secreto (Perrone y Nannini, 1997 cit. en Olivares, 2001 p. 56)

La rigidez de los sistemas de creencias es un factor muy importante en la violencia: los actores de comportamientos violentos pertenecen a la categoría de personas que viven las diferencias como amenazas. En ciertas parejas resulta impensable que uno pueda decir algo o tomar una iniciativa sin que el otro se sienta en peligro (Lemaire, 1995 cit. en Olivares, p. 56).

La Violencia Conyugal tiene cuatro posibles manifestaciones.

1. -El 1% de las esposas maltrata al marido.
2. -El 23% se da la agresión en parejas conyugales
3. -El 76% de los maridos ataca a la esposa

- 4.- Corresponde a aquellos matrimonios con alguna disfunción en sus relaciones,
que sin tener una estructura comportamental violenta llegan a caer en interacciones violentas, cuando se les agotaron las instancias de comunicación.

1.3 Violencia Física

Todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro; encaminado hacia su sometimiento y control.

El maltrato físico es el más fácil de identificarse, como miembro de la pareja, familia o como observador externo, ya que puede éste dejar señas en el cuerpo, hematomas (moretones), enrojecimiento de la piel o laceraciones, fracturas, heridas u otras lesiones.

El tipo de violencia física también es “selectivo”. En el sector alto, la mayoría de los golpes suele darse en zonas del cuerpo más escondidas, donde no se nota. Se trata de personas que tiene más que perder si la situación sale a la luz pública. De allí también que la mayoría de las denuncias de maltrato sean realizadas anónimamente y que cuando se llega al domicilio a constatar el hecho, las propias víctimas impiden la detención y sólo quieren que los policías “conversen” con el agresor, éste al verse descubierto, se torna sumiso y trata

de explicar los hechos culpando a su compañera (Rodríguez, 1999 cit. en Olivares, 2001 p. 43).

En cuanto al agresor, la conducta agresiva (delito) que lo caracteriza y etiqueta, es la expresión de la sicopatología particular del individuo, de su alteración psicológica y social, por lo tanto el delincuente no sólo es un individuo enfermo sino que es el emergente de un núcleo familiar enfermo en la que el individuo traduce a través de la agresión, las ansiedades y conflictos del intra-grupo familiar (Marichiori, 1990).

El impulso agresor es una energía negativa y conformada por valores, creencias y prejuicios adquiridos mediante la socialización. El agresor encuentra aquí la manera de justificar por racionalización su propia violencia e involucra el sentimiento de culpa en su víctima, a la que es común que se intente devaluar, degradándola, apelando a un gran número de pretextos, como el de género, status socioeconómico, discriminación racial, etc.

La violencia humana es un acto que obedece a la facultad de la especie de ejercer fuerza contra sí misma, de auto suprimirse; la violencia es una actitud voluntariosa que obliga a otra, y es la manifestación de un poder que busca allegarse a algo que no puede de otra forma. La violencia puede llegar a estar presente, inclusive, en la formación misma de la conciencia, como sucede en las manifestaciones extremas del complejo de Edipo, y el parricidio (Sarquis, 1995).

1.4 Violencia Psicológica

La Mujer Violentada Psicológicamente esta atrapada en un circuito de violencia que se descarga sobre ella en cualquier momento, no sabe que su malestar y deterioro general se debe al abuso que el hombre ejerce sobre ella, que la va debilitando y desesperando cada vez mas atrapada en esta relación que le consume las energías y la vida.

El patrón de conducta consiste en actos u omisiones repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, reforzadores, intimidaciones, manipulaciones, humillaciones, aislamiento, amenazas, actitudes devaluatorias de abandono y que provoquen a quienes las reciben, deterioro, disminución o afección a su estructura de personalidad (Corsi, 1994).

Esta constituida por las palabras obscenas que se dicen entre hombre y mujer, hermanos, padres a hijos, etc., así como la dependencia emocional y/o económica, comportamiento irrespetuoso a la persona en su integridad, creencias y decisiones, ausencia de relaciones sexuales, amenaza directa, involucrar a la familia para ponerla en contra, no permitir la visita a los padres; lo que mantiene a la persona en un estado de ansiedad por no saber qué hacer. La agresión psicológica se manifiesta en actitudes que denigran,

humillan, avergüenzan, disminuyen o aniquilan el nivel de autoestima de la persona; dando lugar a la depresión.

La depresión “es un estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza acompañado generalmente por ansiedad” (Merani, 1979 p.44). Puede desencadenarse como reacción a sucesos estresantes o a desilusiones. Se caracteriza por sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperación, irritabilidad y hosquedad. La depresión tiene un espectro amplio de síntomas. Todo el mundo presenta síntomas leves, pero si se presenta por más de dos semanas se considera como síntomas severos; así como la preocupación por pensamientos sobre la muerte o el suicidio (Campos, 2000).

“El concepto de tristeza era el más altamente correlacionado con la ansiedad. Estar triste es socialmente aceptado. A través de este estado de ánimo se expresa en México el mayor caudal de ansiedad neurótica”. (Díaz-Guerrero, 2001 p. 251). Sin embargo, cuando el sentimiento de tristeza persiste y perjudica la vida diaria, puede llegar a ser una indicación de trastorno depresivo. La gravedad, duración y persistencia son factores que distinguen la tristeza “normal” de un síndrome depresivo.

Los síntomas del síndrome depresivo son:

- Sentimientos continuos de tristeza, aflicción, ansiedad y desesperación.
- Sentimientos de culpa.
- Autoestima baja, ser excesivamente crítico de sí mismo.
- Cambio en el apetito acompañado ya sea por una pérdida o aumento de peso significativo (compensaciones neuróticas).
- Trastornos del dormir, como el dormir demasiado, la incapacidad de reposar, insomnio.
- Pérdida del deseo sexual.
- Vacío emocional.
- Desinterés en actividades o pasatiempos con los que se disfrutaba. Carencia de placer.
- Incapacidad de concentrarse o tomar decisiones.

- Fatiga constante.
- Dolores de cabeza, náusea o indigestión.
- Pensamientos perturbados, no realista.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o falta de deseo de vivir.

Hay dos tipos de depresión: exógena y endógena. La depresión exógena se produce en reacción a acontecimientos externos y está relacionada con el dolor emocional. La depresión endógena es el resultado de un funcionamiento inadecuado de la bioquímica y parece guardar una relación genética con el hecho de comer por compulsión y/o con la adicción al alcohol y a las drogas (Norwood, 1985).

En muchas ocasiones, las acometidas psicológicas del compañero contra la integridad de la mujer van mucho más allá del espacio físico del hogar, extendiéndose el acoso a sitios públicos.

El peso comparativo del dolor psicológico es tal que, cuando un conflicto de pareja llega a la ruptura, para muchas mujeres la pena de separación resulta mucho más aflictiva que las agresiones psicológicas, físicas o sexuales eventualmente recibidas, y no es raro que el dolor femenino por una de las pérdidas más lamentables sea precisamente el fracaso del proyecto personal de vida, aquello que constituyó el objeto de sus mejores empeños por un lado, también la co-dependencia emocional (inconsciente) que los mantiene unidos (ganchos neuróticos); su verdadera alienación reside en el no sentirse amada y no poder encausar su capacidad para amar.

En muchos casos las mujeres no denuncian al agresor por temor a quedarse solas, porque no tienen un trabajo y dependen económicamente del hombre, porque es el padre de los hijos, porque creen que aún lo aman, porque hasta llegan a convencerse de que ellas tuvieron la culpa.

1.5 Violencia Sexual.

Este patrón de conducta consiste en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generan dolor, practicar la celotipia, control, manipulación, soborno, amenaza, chantaje, intimidación, coerción, uso de la fuerza física, o dominio de la pareja que genere daño.

La violencia sexual se manifiesta en diversos grados y formas, como el abuso sexual (tocamientos a genitales, sin penetración, así como exhibicionismo), hostigamiento sexual, estupro, inducción a la pornografía o prostitución y la violación. (olivares, 2001 p.43).

Este tipo de maltrato es fácil de confundir en la pareja, ya que muchas mujeres siguen creyendo que deben tener relaciones sexuales con su esposo incluso cuando ellas no lo desean, porque es una obligación del contrato matrimonial. En los casos de abuso sexual conyugal, el marido no guarda consideración alguna por la voluntad de su pareja, por su intimidad corporal; en contra de la voluntad del otro, es obligado (a) por uso de la fuerza a efectuar el acto sexual y/o sometida (o) por la intervención del alcohol, amenazas, potencia física o armas.

La violencia sexual se concibe como una acción que atenta contra la libertad del ser humano. Dentro de la familia este tipo de agresión con frecuencia, es ejercida por el compañero que pretende imponer supremacía sobre la mujer a través de la reafirmación del poder personal. En tales condiciones, el hombre concibe a la mujer como algo que él puede usar en función de su placer y caprichos personales, sin tomar en cuenta la disposición o voluntad femenina y sin consideración alguna para la integridad personal de la pareja. Toda

manifestación de violencia sexual constituye una forma brutal de patentizar el poder personal, un medio a través del cual, el físicamente “fuerte” domina al débil.

En la violación, la relación íntima deja de ser expresión de un noble sentimiento recíproco, para convertirse en un instrumento conyugal de satisfacción física al servicio unilateral del macho. Cuando un marido tiene relaciones sexuales con su esposa solamente para satisfacerse, está ejerciendo no el amor, sino el poder; y cuando un marido busca que tanto él como su esposa gocen en la relación sexual, está en verdad ejerciendo el amor. Mientras en México se tenga el maravilloso pretexto de “hago esto por amor” (conductas destructivas de poder), perpetuaremos el nepotismo y la corrupción (Díaz-Guerrero, 2001).

Suelen numerarse diversos factores como pretendidas causas de este tipo de violencia tales como: frustración sexual, alcoholismo, fármaco-dependencia, pornografía, neurosis aguda, frivolidad, desintegración familiar, penuria económica, pero tales elementos más que generadores, son ingredientes que refuerzan y desinhiben la agresividad masculina contra la mujer.

En tal condición, la esposa-madre experimenta un fuerte sentimiento de culpa y deterioro de autoestima, pues, aunque reconoce que de ninguna manera debe tolerar más la agresividad del cónyuge, siente sobre sí misma una fuerte presión social que le exige acatar las órdenes del esposo y sacrificarse por él y por los hijos.

“La culpa es la fuerza paralizadora del cambio, es una fuerza reaccionaria y conservadora, pretende encasillar a las mujeres en su posición de sumisión, ahoga los gritos de rebeldía, castiga cualquier intento de romper con el viejo orden de dominación masculina” (Carlessi, 1982 cit. en Lombardi, 1990).

Ahora bien, la violencia sexual es la respuesta a un estímulo que proviene de aspectos psicológicos profundos, originados en la infancia temprana por experiencias insatisfechas, manifestadas a través de conductas como sadismo,

masoquismo, exhibicionismo, pedofilia, pornografía, prostitución, gerontosexualidad, incesto, violación, etc.; reforzándose negativamente por frustración sexual, alcoholismo, entre otros, y manteniendo la conducta.

Esta conducta delictiva implica no sólo la problemática sexual sino también una conducta de extrema agresividad, en la que no suele sorprender los detalles de crueldad y verdadero sadismo, especialmente en los casos de homicidio (Marchiori, 1990).

La historia de los delincuentes sexuales muestra hogares desechos, falta de supervisión, carencia de afectos y cuidados, rodeados durante la infancia de condiciones muy poco favorables. A consecuencia de las condiciones soportadas durante la primera infancia se sentían confundidos en relación con el papel sexual a desempeñar. La continuación de experiencias emocionales negativas, o la falta de sentimientos de independencia, determinan el temor y la inseguridad que constituyen la base de la conducta del que ejerce violencia sexual. Las necesidades y deseos emocionales son en gran medida responsables de la tendencia a cometer delitos. La inseguridad básica que presentan, hace que su comportamiento sea tímido, retraído, inhibido, este comportamiento resulta paradójico con el ataque sexual, pero es necesario comprender que las fallas en la comunicación interpersonal del delincuente sexual como consecuencia de su historia personal, la desconfianza, falta de afecto y posibilidades de un desarrollo normal, lo han llevado a disociar ambas situaciones, de allí que él pueda manifestar una sádica agresividad frente a sus víctimas.

La personalidad del delincuente sexual se caracteriza por una acentuada inmadurez emocional, existiendo un desequilibrio afectivo que se proyecta en las conductas repetitivas, con una profunda conflictiva patológica (Marchiori, 1990).

La personalidad de los padres, especialmente la madre, con una imagen masculina, limitadora, cerca de la edad adulta con miedo a la sexualidad, el padre débil, ineficaz, con tendencias femeninas latentes; así como los traumas

psíquicos y consecuencias de las experiencias sexuales de la infancia, dan lugar al futuro delincuente sexual.

Desgraciadamente, la denuncia de este delito sigue siendo casi inexistente en México. Esto se debe a diferentes causas, entre las que se pueden citar la ignorancia, la vergüenza, el status social, la imposibilidad en el caso de menores controlados por sus padres, el temor a sufrir más humillaciones por parte de las autoridades, la idea de que denunciar es inútil o contraproducente porque “a final de cuentas el delincuente quedará libre y buscará la venganza”. También resulta que si la víctima denuncia, queda expuesta al estigma social, ya que la comunidad pensará que la ofendida (o) provocó su victimización, que no es totalmente inocente y que andaba buscando lo que le pasó; de este se “salvan” los niños pequeños, pero aún así quedan etiquetados.

1.6 Violencia Económica.

Se refiere a la disposición efectiva y al manejo de los recursos materiales (dinero, bienes, valores), sean propios o ajenos, de forma tal que los derechos de otras personas sean transgredidos.

En la violencia se puede apreciar un acto o una omisión, un acto de violencia económica, sería robar o destruir un objeto, en tanto que una omisión es privar de los medios para satisfacer las necesidades básicas, como alimentación, vestido, vivienda, recreación y salud. Dentro de la pareja este maltrato económico se expresa claramente en las diferencias salariales, que presentan una vulnerabilidad adicional para las mujeres, con la siguiente sumisión, dependencia y obediencia de las mismas, estando sujetas a las decisiones que de tipo económico manifiesta el hombre.

¿Que sucede dentro de una pareja?, la dependencia económica marca una proclividad a la sumisión y a la obediencia. En esta desigualdad, el maltrato puede hecha raíces. La violencia económica en el hogar se expresa de diversas formas. Una muy común es la omisión: no cubrir un solo gasto de la casa o cubrirlo de manera insuficiente. Los hombres desobligados que solo mediante imposición judicial acceden a dar algo de dinero para la alimentación de sus hijos no son excepcionales; de hecho saturan los juzgados familiares, que se convierten en campos de batalla por pesos y centavos.

Una variante de esta primera forma de violencia económica, en la que el ejercicio del poder por parte del hombre es más evidente y por tanto tiene mas graves consecuencias, sobre todo en el terreno emocional, consiste en obligar a la mujer a pedir dinero y después actuar arbitrariamente: a veces darlo y a veces no, proporcionarlo en pequeñas cantidades sabiendo que va a hacer insuficiente, y además echarle en cara a cada rato que él es quien mantiene la casa.

Es común encontrar situaciones en las que los hombres se desentienden de sus obligaciones económicas: no dan dinero, lo dan a cuenta gotas o fuerzan las cosas para que las mujeres tengan que pedirlo y ellos puedan pregonar a los cuatro vientos sus aportaciones por mínimas que sean. Otras formas

también bastante frecuentes, son el despilfarro del dinero de ambos, por increíble que parezca como una especie de robo.

La imagen del marido proveedor tiene tal fuerza que se sostiene por si sola, por mucho que la realidad lo desmienta. Con todo, el ánimo de someter y controlar, propio de la conducta violenta, se expresa con mayor claridad cuando el hombre es efectivamente quien tiene el mayor ingreso, o el único, y maneja en su totalidad los recursos que debían de pertenecer al grupo familiar. Tomar las decisiones tocantes a la economía y el patrimonio familiar es una forma de control de las más estrictas, y con más serias repercusiones en la vida de la pareja y en la autoestima de las personas sometidas y dependientes.

El daño que produce el marido que obliga a la mujer a pedirle dinero y después lo suministra en pequeñas cantidades es constante, persistente, incluso demoledor. Y esto puede observarse en distintas clases sociales. (Falcón, 2001)

Aunque las mujeres tengan poder adquisitivo y generen recursos económicos para la familia, la carga doméstica no disminuye, y por lo regular no se comparten equitativamente las labores en el hogar, además que en muchas ocasiones son despojadas de sus salarios, perpetuando así el control y la dependencia en la esposa.

En este tipo de maltrato se da una trasgresión a los derechos de las mujeres, causándole algún daño pero sobre todo se trata de eliminar los obstáculos al ejercicio del poder, para controlar, someter, obligar y por ende nulificar la voluntad de ellas.

En muchos casos la violencia se manifiesta de forma ritualizada: una cierta escena se repite de manera casi idéntica. Por lo general, se observa una anticipación e incluso una preparación de la secuencia violenta. Esta situación opera a nivel personal (características neuróticas individuales) de los involucrados, ya que se apoya sobre la imagen negativa y frágil que cada uno tiene de sí. La noción de límite se modifica, definiéndose como todo lo que se puede hacer, con excepción de: por ejemplo puedes pegarme o gritarme dentro de la casa, pero no afuera”.

2.- SALUD

2.1 Consideraciones generales sobre salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), en su definición de salud, establece que ésta es el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de lesión o enfermedad.

El Doctor Julio Frenk acerca de la salud explica que se cruza lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado.

La salud debe ser considerada más que una noción médica: como un concepto predominantemente social, nos señala cómo se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad. En el plano individual requiere la educación de higiene que deben tener las personas; en el ámbito colectivo requiere la participación del poder público en la satisfacción de las necesidades sociales.

“La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales”.

En tanto que para los departamentos de Humanidades Biomédicas de grandes Universidades nacionales y extranjeras definen la salud, como el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra en su paso.

El concepto de enfermedad también abarca las llamadas lesiones leves, que no ponen en peligro la vida, pueden considerarse enfermedad, por que el malestar que producen dificulta la actividad normal de la vida. Dicho de otro modo: la salud incluye un cierto grado de bienestar físico, y de agrado en la actividad que es necesaria para vivir (bienestar psicológico); sin embargo, la salud no es bienestar.

La definición de salud dada anteriormente, debe ser reinterpretada para el caso de las personas. Básicamente, se puede afirmar que una persona está sana cuando puede realizar sus actividades humanas: ir al trabajo, cuidar del hogar o de los hijos, leer etc.

El concepto de salud puede definirse desde dos ámbitos distintos, el primero en el sentido individual y el segundo en el social.

La primera concibe a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades.

La segunda, como explica la OMS, trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social.

Son complementarios en el sentido de que la salud no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades sino que precisa de condiciones sociales apropiadas para el adecuado desarrollo del ser humano.

2.2 Salud en relación con la mujer

Fue en 1993 cuando la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**) reconoció la violencia hacia la mujer como un problema de salud, y en 1996 lo hizo la Organización Mundial de la Salud (**OMS**).

La violencia de pareja es conocida por diferentes apelativos: violencia hacia la mujer, mujer maltratada, violencia doméstica, violencia marital, violencia intrafamiliar hacia la mujer, relación de violencia, violencia íntima.

Walker, habla de como la mujer maltratada que ha sido golpeada y/o atacada psicológicamente, en forma severa por un hombre, con quien ella ha estado en una relación de romance íntimo y que con esta actitud, el utiliza coerción para hacer lo que quiere, sin importarle sus derechos o sus deseos.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, que permite una nomenclatura internacional de enfermedades, incluye eventos de violencia familiar en la sección de agresiones (relacionadas con el lugar de ocurrencia de la causa externa): homicidios, lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio. La violencia familiar esta relacionada con la sociedad, las jerarquías sociales, clase, cultura o género, la violencia es más común y más severa en los más pobres. Relacionan pobreza, frustraciones, características culturales, estrés y predisposición a conflictos conyugales.

Al considerar la violencia contra la mujer desde una perspectiva de salud pueden observarse las numerosas dimensiones del fenómeno al fin de establecer respuestas multisectoriales y sobre el modo en que afecta a la salud de las mujeres.

La teoría de Douglas (citado en Saltijeral, Ramos y caballero, 1998) plantea que los abusos en las mujeres, se subdivide en tres categorías: las consecuencias traumáticas de la victimización violenta, los déficit de desesperanza aprendida que resultan de la violencia y las reacciones de los otros respecto a ella, así como las respuestas autodestructivas de enfrentamiento frente a la violencia.

Con lo mencionado se observa que la violencia familiar tiene efectos sobre la salud física y psicológica de la mujer afectando su integridad física y emocional.

Saltijeral, et. al (1998) señala que entre las consecuencias sobre la salud física se encuentran el aborto, el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual, las lesiones y hasta el homicidio o el suicidio.

Walker (1989) señala que la mujer maltratada padece de insomnio, disminuye o aumenta su apetito, duerme considerablemente, tiene fatiga constante. Muchas mujeres padecen de dolores de cabeza, estomago, hipertensión reacciones dermatológicas y palpitaciones cardiacas.

Por otra parte Claramunt (1997) expresa que los efectos psicológicos que experimenta la mujer maltratada son: “sentimientos de miedo y vergüenza, sentimientos de culpa, dificultades para confiar en otras personas, baja autoestima, dificultades para autoprotegerse (incluidos la ideación suicida o los intentos suicidas), dificultad para establecer relaciones intimas, incluyendo la sexualidad, perdida del sentido de la auto eficacia”.

Para Echeburua y Corral (2002) ciertas características de personalidad, como una baja autoestima, una deficiente asertividad y una capacidad casi nula de iniciativa, facilita la adopción de conductas de sumisión, reforzadas por la evitación de consecuencias desagradables (golpes físicos, insultos, humillaciones, burlas, etc.) se presentan algunos cuadros clínicos asociados al trastorno de estrés postraumático-como la depresión- y otras alteraciones de ansiedad- como los ataques de pánico- puede surgir el abuso de alcohol y fármacos, temporal o permanentemente a modo de estrategia de afrontamiento ante las situaciones problemáticas, y esto conduce a la inadaptación en diversas áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, relación con los hijos y salud en la mujer.

En la actualidad, lo que entendemos por salud mental, sus técnicas y objetivos, son las teorías y técnicas referidas a la salud mental de la mujer, mencionadas en las diferentes teorías psicológicas, y las criticas ideológicas que se hacen a las psicoterapias en general, y que abarcan la revisión de los criterios de salud y enfermedad, de curación y de indicación de tratamiento.

En el seminario Internacional sobre Malestar Psíquico de las Mujeres (Roma 1988) señala la distinción entre el concepto de sufrimiento y el de enfermedad: Por sufrimiento entendemos el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión.

Por enfermedad, es el malestar donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado. La enfermedad es entendida como “perdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual, atribuido a disfunciones biológicas”.

En cambio el sufrimiento femenino se describe como “una situación de subordinación social propia de las mujeres”.

En la actualidad la preocupación se centra en los conflictos impuestos a la sujeto mujer por su tensión con la realidad de la cultura, que hemos caracterizado como cultura patriarcal, que produce modos específicos de enfermar al género femenino. Esto tiene que ver con una participación social más plena de las mujeres, en los efectos que produce la salud mental de las mujeres el trabajo doméstico cuando este se realiza en condiciones de aislamiento-, y la exclusión de las mujeres de ciertas áreas del poder y el saber, limitando sus alcances al poder en el ámbito doméstico y al orden afectivo.

Hay quienes consideran que la salud mental consiste en una adaptación a los requerimientos de la cultura, y definen la salud mental como normatización.

Las sociólogas C. Herzlich y J. Pierret estudian las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en relación sobre la existencia de un sistema de pensamiento coherente, de concepciones autónomas de la salud y la enfermedad, en el cual la salud y la enfermedad se experimentan no en el lenguaje del cuerpo, del organismo, sino un lenguaje de la relación del individuo con la sociedad.

R. Castel estudia dentro del campo de la salud mental lo que domina “problemáticas del control social”, cuyo objetivo sería la detección de poblaciones con “nivel de riesgo”, se trataría de utilizar recursos científicos, técnicos, legales, etc., que justificaran formas de intervención en las mujeres,

debido a los estilos de vida más bajos, más pobres, con mayores condiciones de estrés y problemáticas asociadas con sus roles sociales dentro de la familia, o combinando estos con otros roles sociales, ya que las mujeres son las principales demandantes de los servicios de salud mental tanto públicos como privados.

En comparación con la depresión la información sobre la neurosis padece de una mayor incertidumbre diagnóstica, una falta de comparabilidad internacional, una contaminación por los prejuicios sexuales, y un mayor desacuerdo sobre los buenos fundamentos del "modelo médico". En este mismo análisis se observa que las mujeres recurren con más frecuencia a los cuidados médicos, a las prescripciones de medicamentos de todo tipo y a los psicofármacos. Cuando se sienten deprimidas, buscan más a menudo el tratamiento médico, consultando en primera instancia al médico clínico o al ginecólogo, y bastante después a especialistas de trastornos mentales.

La OMS sostiene que el riesgo de depresión para las mujeres es de dos a tres veces más alto que para los hombres. La hipótesis acerca de esto podría ser considerada a la luz del estilo de vida de las mujeres: por que prefieren no alejarse demasiado de sus hogares, permanecer más cerca de sus familias, no abandonar sus roles maternos y domésticos-salvo en situaciones de extrema peligrosidad.

En un país como el nuestro, cuyas condiciones de vida son tan diferentes de los otros países estudiados, alejado como está de los recursos y modos de vida de los más desarrollados, seguramente hacen falta mejores hipótesis para comprender esta semejanza.

Otro fenómeno que podemos señalar y que es muy común en México es el llamado síndrome de dependencia del alcohol, que solo aparece en la población masculina, su análisis no fue fácil, especialmente debido a la falta de información sobre muchos pacientes, básicamente referida al grupo familiar, a su historia educativa y a la historia de la enfermedad. También casi en todas las investigaciones realizadas sobre la salud mental de las mujeres, se destaca la enorme diferencia entre la demanda de ayuda y apoyo real,

determinada mediante el estudio sobre prevalencia poblacional, los recursos asistenciales con que se cuentan, si bien todo paciente trae consigo una experiencia social y cultural.

En el área de salud mental, una de las formas en que las mujeres manifiestan los trastornos de su vida cotidiana es a través de sus síntomas, como expresión de su malestar.

Algunas exploraciones indican que sería el modo privilegiado de expresión del malestar psíquico en mujeres de sectores populares, y que últimamente está avanzando de modo notable en mujeres que realizan doble jornada de trabajo (doméstico y extra doméstico).

2.2.1 Problemáticas referidas a la violencia contra las mujeres:

Los fenómenos de violencia y maltrato visible hacia las mujeres (abuso sexual, maltrato físico, violaciones, etc.). así como de la violencia invisible, esto es de aquellas formas de relación con las mujeres en las que estas quedan en posición

de inferioridad, desvalorización, desigualdad, aun cuando tal maltrato permanezca opacado en nuestras relaciones sociales.

Tocavén, llevo a cabo un estudio en el cual se analizó el fenómeno del maltrato físico a la mujer por parte de su pareja reportado por la víctima a la autoridad

correspondiente. Encontró que el 83.16% de los casos, las víctimas recibieron lesiones leves, 43.8% tenían una edad correspondiente a la tercera década de la vida, 75.5% reportaron una condición de casadas, 66.5% una escolaridad entre el analfabetismo y la secundaria completa y 61.1% reportaron dedicarse a las labores domésticas. Estos hallazgos muestran la gravedad del problema, que tienen implicaciones criminológicas, sociales y psicológicas.

Aun cuando las estadísticas confiables con que cuentan son escasas, no hay duda de que se trata de un problema que tiene un gran impacto en la vida y en la salud mental de las personas afectadas.

Las mujeres golpeadas sufren graves daños en su autoestima y pueden sentirse impotentes para romper un círculo de violencia que las lleva a agresiones más graves o a la muerte. Por eso es importante, que la psiquiatría y la psicología se aboquen a hacer frente a este problema que tiende a incrementarse en nuestra sociedad.

2.3 Salud y violencia en la mujer

Como ya se ha mencionado se llama problema de salud a una situación de anormalidad, un acontecimiento o situación planteada por uno de los actores de salud, en el caso de la violencia hacia la mujer, la revelación o visibilidad esta vinculada a una historia de la condición de las mujeres.

Las historias de vida o testimonios son la primera forma y técnica de revelación utilizada por las víctimas de violencia y por el movimiento social para iniciar las denuncias. Varias investigaciones, describen relatos de mujeres víctimas de violencia donde una misma persona puede sufrir varios tipos de esta. En estos relatos, la violencia psicológica es la constante que acompaña en los diferentes tipos de actos violentos que sufren las mujeres, y una mujer puede padecer

diferentes eventos de maltrato en su vida, como el sufrimiento psicológico que pasa a ser parte cotidiana de la vida de estas.

Según un criterio tradicional, podríamos suponer que las prioridades en el campo de la salud y la mujer deberían surgir de los estudios y/o investigaciones epidemiológicas que arrojan resultados confiables acerca del estado de la salud mental de la población femenina.

En una notable investigación realizada en nuestro país por Casullo, M.M. y Erbsteinm, P. (1981) se empleo como criterio diagnostico la Clasificación de los Trastornos Mentales que utiliza la OMS, esta investigación revelo que la población que necesita asistencia no la recibe por falta de servicios adecuados de Salud Mental, en cuanto a las mujeres, señala que hay mas presencia de sintomatología psicótica y neurótica en la población femenina que en la masculina, el 88.2% de la población en esta situación se encuentra constituida por amas de casa. Dentro de esta condición, encuentran que la sintomatología más frecuente la constituyen los Síndromes Neuróticos, específicamente los mas encontrados los han denominado “el malestar de las mujeres”.

Teniendo en cuenta el nivel económico social, Otro dato a tener en cuenta es el referido al uso de psicofármacos: la población femenina reconoce consumir psicofármacos con mayor grado que la masculina, aspecto relacionado con el punto anterior.

Constantemente se debe realizar una reflexión de los datos obtenidos en la historia de nuestro país quizá no habrán variado sustancialmente en los últimos años, ya que aun en investigaciones recientes nos podemos referir a la profunda crisis socioeconómica que se ha acentuado en los últimos años, con un incremento notable en los índices de desocupación, de violencia doméstica y otros factores que, suponemos, tienen profundos efectos sobre la salud mental de las personas. Como ya se ha mencionado, los datos indican que hay mayor presencia de sintomatología neurótica en la población femenina, se asocia este dato con el nivel ocupacional predominante de las mujeres encuestadas: el 88.27% revela ser ama de casa. Por lo tanto podemos suponer también que ha variado el consumo de psicofármacos, especialmente entre las

mujeres, debido a que tendrían que afrontar situaciones de tensión múltiple (como amas de casa y como trabajadoras extra domésticas).

Así como el reconocimiento del consumo abusivo de alcohol, si bien los datos brindan una mayor frecuencia entre los varones, suponemos que los cambios en las condiciones de vida de las mujeres pueden haberlas llevado a un mayor consumo de alcohol. Es importante hallar recursos para que las mujeres reconozcan el consumo abusivo de alcohol aún en sus vidas domésticas, ya que estos datos aparecen con cierto sentido de vergüenza y ocultamiento en otras prácticas asistenciales con mujeres.

En los últimos años, en países como Argentina, se están desarrollando grupos de reflexión de mujeres que cumplen funciones de prevención en salud mental, al ofrecer como espacios de contención y de expresión de malestar y conflictos, especialmente para situaciones de crisis vitales (por ejemplo divorcios), Se trata de experiencias que deberíamos de evaluar y multiplicar en el caso que, sugiere que constituyan verdaderas transformaciones de los conceptos tradicionales de recursos para la salud mental.

Para las mujeres de clase media, en nuestro país, la forma de buscar ayuda para la salud mental es la consulta privada, al igual que en muchos países del mundo desarrollado. En este sentido, debemos alertar sobre una tendencia, por parte de las mujeres, a hacer lo que Ph. Chersier denomino “la carrera de paciente”, o sea, permanecer durante largos periodos bajo diversas formas de tratamiento psicológico. Para esta autora, la “carrera de paciente”, junto con la “carrera matrimonial”, son algunas de las opciones privilegiadas que nuestra cultura ofrece al malestar de las mujeres.

Nuestro énfasis del tema de la salud y la mujer se centra en la construcción social de las mujeres como sujetos, y su incidencia sobre su salud mental. Por ello, destacaremos como “factores de riesgo” aquellos que la afecten en este sentido, en la construcción de subjetividad femenina.

Se denomina “factores de riesgo” en la salud mental de las mujeres, a la situación o conjunto de situaciones que ofrecen una probabilidad mayor al promedio de provocar estados de morbilidad o de enfermedad mental. Los factores de los cuales se hablan son la edad, el nivel ocupacional, el número y

edad de los hijos, estado civil, las situaciones de duelo (especialmente pérdida de la madre o de un hijo), los fenómenos de violencia, etc., aquí se mencionan algunos de los considerados, con mas frecuencia, elementos de riesgos para la salud mental femenina. Algunos factores han revelado ser controvertidos, tales como si la pertenencia a un sector socioeconómico bajo constituyera un factor de riesgo para las mujeres.

Los diversos modos de vida para las mujeres han sido estudiados y analizados como constituyendo factores de riesgo para su salud mental. Entre ellos se encuentran el matrimonio, el tener tres o más niños pequeños, el aislamiento social, la falta de soporte o ayuda por parte de amistades, la falta de comunicación íntima y confidencial con su pareja, etc. La asociación entre matrimonio y salud mental para las mujeres ya había sido estudiada por Durkheim en su análisis sobre el suicidio. El nacimiento de los hijos reduce la tasa de suicidios en las mujeres, y a medida que aumenta la densidad de la familia, disminuye también la tendencia suicida en ellas. Este autor indica que, a medida que los hijos van creciendo y se alejan del hogar, para las mujeres quedan muy pocas reglas fijas en su vida que las llevan a sentir un vacío y estado de ánimo bajo. En cambio las personas autónomas no presentan mayores problemas.

J. Bernard, publica datos obtenidos por numerosas investigaciones realizadas entre parejas matrimoniales y entre mujeres consultadas acerca de su vida conyugal. En su trabajo destaca el deterioro en la salud mental de las mujeres producido a posteriori de su matrimonio. Una de las situaciones que considera importante es que las mujeres casadas quedan en posición de dependencia, por lo cual tienen que ser mayores concesiones para conservar la situación. En los estudios de personalidad que esta autora realizó, se pregunta por que las mujeres casadas aparecen mas deterioradas psíquicamente que las solteras, y concluye que el matrimonio tradicional parece tener un efecto deteriorante sobre la salud mental de las mujeres.

3.- Alteraciones del estado de ánimo causado por la violencia.

La violencia doméstica se manifiesta no sólo por golpes físicos sino también en formas más sutiles que provocan impacto a más largo plazo, pero que pueden ser tan destructivas de la personalidad como las que lastiman físicamente. Las consecuencias de esta violencia se traducen en deterioro de la autoestima de la mujer, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de sustancias, poca o nula capacitación para acceder con éxito a un trabajo etc. En suma, es un grave y profundo deterioro de la familia y de todos sus miembros.

Por siglos, la violencia contra la mujer en el ámbito familiar, como ya se señaló, ha sido considerada “NATURAL” e “INVISIBLE”. Tradicionalmente, las mujeres casadas han sido vistas como “propiedad” del hombre, quien, de la misma manera que ocurre en el campo de la educación de los hijos, adquiere el “derecho” que tiene el padre de corregirla de manera violenta. De tal manera que para estas mujeres esta condición de víctima es parte de su devenir como mujer.

La aportación de varios estudios que se han analizado, se refiere a las conductas y los sentimientos que desarrollan con mayor frecuencia las víctimas de situaciones de violencia familiar. Entre estos se encuentran los siguientes aspectos:

- Sentimiento de temor, que llega a paralizar a las mujeres y les impide buscar ayuda.
- Actitud minimizadora del abuso: la mujer golpeada tiende a minimizar la situación por diversos factores, entre ellos está el temor, la falta de información y conciencia sobre lo que constituye una situación de abuso y deseo de creer que el victimario no es “tan malo”.
- Conducta de aislamiento: Esta conducta aumenta la dependencia del golpeador y limita sus posibilidades de ayuda.
- Internalización de la culpa: La mujer tiende a sentirse responsable de la agresión y busca la causa en fallas de su comportamiento. Esto se

asocia con una baja autoestima producida por una situación de violencia.

La ausencia de la violencia física y de temor generalizado es un requisito para el bienestar, aun así, las pruebas estadísticas revelan que para muchas mujeres la violencia o la amenaza de esta es parte de su vida.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la depresión es un “problema de mujeres”: las investigaciones han demostrado que el exceso de mujeres deprimidas en relación con los hombres no es un artificio metodológico, sino que el fenómeno también aparece en los estudios referidos a la población “normal”, y no solo entre la población que acude al médico en busca de ayuda. El rol de género de las mujeres como cuidadoras de la salud de quienes la rodean – hijos, hermanos, padres etc.- las lleva con más frecuencia a la consulta médica.

Socialmente se le otorga a las mujeres solo el poder a través de las expectativas de género, sin embargo, reconocemos el hecho de que roles de género tales como madres, esposas y amas de casa y, muy particularmente, la maternalización de todos los roles que desempeñan las mujeres, las disponen a estar más atentas a las emociones y sentimientos propios y ajenos, especialmente aquellos ligados al dolor, al sufrimiento. a la frustración, a la angustia, a la insatisfacción. Sentimientos que generalmente están ligados a la depresión, maternalizados de modo que la pérdida de tal poder las dejan en estado inerte respecto a la dirección de sus esfuerzos.

Misma que ha sido concebida como la respuesta a las pérdidas, sean: de alguna persona amada en forma ambivalente, o bien, de los ideales del yo o del sentido de una pérdida real.

3.1 Síntomas depresivos en la mujer

La Depresión para Burin es definida como el resultado de una pérdida real o simbólica. No se expresa la pena y enojo consecuentes sino que permanecen inconscientes, con lo cual se debilita el yo (Burin, 1990).

La Depresión es algo muy diferente de lo que es sentirse infeliz. Cuando nos sentimos desgraciados, podemos reconocer nuestra tristeza respecto a algún aspecto de nuestra vida o de las vidas de nuestros allegados, pero, gradualmente, el sentimiento nos afecta cada vez menos y somos capaces de consolarnos y vivir con normalidad a pesar de nuestra aflicción.

En la Depresión, esto no es así, quien la padece es incapaz de adaptarse a los sentimientos dolorosos, por lo que se desconecta de ellos y se queda emocionalmente muerto.

Es muy triste ver cómo hay gentes que pasan un año tras otro sólo medios vivos, sin darse cuenta de que están sufriendo una enfermedad que puede tratarse. La depresión es, a menudo, muy astuta; avanza sigilosamente, anestesiando los sentimientos poco a poco hasta que la falta de emociones apenas se nota y se acepta un mundo gris como algo normal. Tal es el caso de lo dicho por una mujer:

“Estar deprimida es como estar en una habitación que necesita ser decorada y tú no sabes que necesita esa decoración, por lo que no puedes hacer nada al respecto. Todo lo que conoces es un sentimiento de sufrimiento sordo y desconcierto por tener que estar en una habitación así”

3.1.1 Los tipos de depresión según Mabel Burin:

- Depresión externa o exógena, reactiva o neurótica. Se refiere a las circunstancias de la vida con la depresión. Cuando el cambio en la vida de la persona es triste, por ejemplo, muerte de un ser querido, divorcio, pérdida de empleo, etc., resulta fácil porque hay una alteración del estado de ánimo. A veces, las personas pueden sufrir una depresión por cualquier cambio en sus vidas que a otros no les afectaría.
- Depresión interna o endógena. También llamada depresión endógena o que proviene de dentro. Algunos profesionales dicen que este tipo de depresión es causada por un defecto en la química del cuerpo cuya causa es desconocida, pero las cosas no van mal en la mente o en el cuerpo sin un motivo. Puede que no haya una razón evidente en las circunstancias en la vida, pero los sentimientos hirientes del pasado sino se expresan, no desaparecen así como así. Pueden abalanzarse sobre ti cuando menos te lo esperas y forzarte a resolver viejas situaciones. Los sentimientos reprimidos que es más probable que causen una depresión más adelante son la ira, la frustración, la tristeza, la culpa y, por supuesto, los peores, que es llevar a cuestras sentimientos de ser poco atractivo o valer poco. Es fundamental darse cuenta de que no importa el grado de realidad de la situación, sino los sentimientos.
- Depresiones mixtas: Mucha gente tiene una mezcla de depresión externa y depresión interna, y son circunstancias difíciles de la vida además de falta de capacidad de superarlas a causa de la neurosis.
- La depresión enmascarada o somatizada: En este caso, los síntomas toman forma física, como dolor de espalda, dolores de cabeza, problemas digestivos, etc. El que la sufre puede que no se dé cuenta del motivo de su problema y niega estar deprimida defensivamente.

La depresión se puede manifestar a través de diversas características psicósomáticas y con variados niveles de intensidad y de gravedad.

En el plano de los síntomas físicos se observan: cefaleas, vértigo, hormigueo, perturbaciones en la alimentación y en la digestión.

En las manifestaciones psíquicas, describen: estados de ansiedad, insomnio, alcoholismo o tendencia marcada a la ingesta de alcohol, reducción o pérdida del deseo sexual, con déficit motivacional y en la toma de decisiones.

En el plano fenomenológico: la modalidad de presentación más común de la depresión toma el aspecto de pasividad, dependencia, indolencia, astenia, apatía, reducción o pérdida de la capacidad imaginativa y fantasiosa, de la capacidad intelectual lógica y sobre todo analógica, con reducción y restricción de los espacios del pensar.

Las manifestaciones más frecuentes de depresión encontrados en estudios epidemiológicos son:

- Estado de ánimo triste, persistente en el que predominan sentimientos de inutilidad con tendencia al llanto.
- Desesperanza
- Apetito deficiente y pérdida de peso o incremento en apetito y aumento de peso.
- Insomnio.
- Nivel de actividad letárgico o agitado.
- Las actividades acostumbradas ya no brindan placer.
- Pérdida de energía; fatiga, sentimiento de impotencia.
- Incapacidad para concentrarse; pensamiento y toma de decisiones más lentos.
- Sentimientos de minusvalía, auto reproches, culpa inapropiada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Muchos autores designan como depresión a la expresión sensible y manifiesta, en tanto que otros utilizan también para designar un proceso latente, invisible que no revela como tal a la observación. Si no que se infiere a partir de diferentes manifestaciones: 5 situaciones para las cuales se utiliza el término depresión; 1) depresión normal, 2) depresión neurótica, 3) psicosis maniaco – depresiva, 4) melancolía y 5) personalidad depresiva borderline.

3.1.2 Trastornos depresivos en la mujer

Aquí nos referimos a las dificultades que se presentan en los problemas psicopatológicos de mujeres, en sus modos de enfermar y en algunas condiciones de producción de los estados depresivos en las mujeres. Estas condiciones, se denominan, en el campo de la salud mental, “factores de riesgo”, “factores de vulnerabilidad”

La idea general de este capítulo, se refieren a un conjunto de teorías y prácticas que abonan la idea de que existen parámetros “normales” de comportamiento, ante los cuales aquellos desviados de la norma serán etiquetados como comportamientos patológicos.

Aunque en la actualidad nuevos criterios psicopatológicos no se preocupan tanto por el etiquetamiento de las personas según sus padecimientos, sino más bien por reconocer y afinar el conocimiento al que se puede arribar, mediante el estudio de sus síntomas, con el propósito de lograr criterios terapéuticos cada vez más refinados y precisos.

Un estudio ya clásico realizado por Broverman y otros, en los años 70, en el cual se presentó un cuestionario de roles sexuales estereotipados que debían llenar sesenta y nueve médicos de ambos sexos, sobre las expectativas acerca de los roles sexuales donde se indica que las mujeres en nuestra cultura se expresan bajo la forma de estereotipos de roles femeninos que, por su frecuencia y habitualidad, terminan siendo vistos como naturalizados e invisibles que por consecuente ni ellas mismas se percatan de ello. Un ejemplo característico de esto lo constituye la depresión de las amas de casa, así como la depresión de las mujeres de mediana edad.

El modo de concebir la psicopatología de género nos aleja de la perspectiva tradicional que caracteriza a las histerias, las depresiones, etc.; como estructuras clínicas: los elementos de una personalidad se van conjugando como modos de actuar, sentir, pensar, y ofrecen distintas respuestas ante determinados acontecimientos.

Esta perspectiva de construcción dinámica se opone a la noción de estructura que define cierto modo de concebir las depresiones de las mujeres, este enfoque nos orienta a entender los sentidos que se le otorgan a dicho malestar, especialmente aquella construcción en sentidos enraizada en las condiciones de la vida cotidiana de las mujeres. Nuestra noción es que vamos construyendo nuestra salud mental de acuerdo con ciertos procesos históricos, sociales, económicos, o sea, a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando. No se trata de que se haya vuelto “patológico” algo que originalmente era “normal”. Se trata, en cambio, de modos de ir siendo, de ir construyéndonos como mujeres de nuestra generación, de nuestra cultura, de nuestro origen étnico, esto es, atravesada por múltiples determinaciones que van configurando nuestro ir siendo.

El origen social de los conflictos, su interrelación con los modos psíquicos de producción del malestar a través de los sentidos que cada sujeto otorga a tales conflictos (por ejemplo en las diversas formas de expresión de los estados depresivos).

Desde esta nueva perspectiva el campo de la salud mental de las mujeres se han descrito verdaderos cuadros clínicos, asociados a estados depresivos, caracterizados como “neurosis del ama de casa”, “síndrome del nido vacío”, “depresión en mujeres de mediana edad”, “crisis de la edad media de la vida”, etc.

Algunas especialistas han particularizado los modos de vida tradicionales en el cumplimiento de tales roles, como por ejemplo, el rol de esposa asociado a la dependencia económica del marido, factor que vulnera la autoestima de las mujeres; el rol de ama de casa en relación con las oportunidades educativas para las mujeres, que las orientan hacia profesiones de escaso prestigio o poder social; el rol maternal como factor de riesgo para la depresión en mujeres jóvenes con tres o más hijos pequeños. Todos ellos son sólo algunos de los estudios realizados que contribuyen a abonar estas hipótesis.

Las formas tradicionales de la cultura patriarcal que impone sus leyes en forma visible a este grupo de mujeres, en sus modos de vida provocan malestar

psíquico; la violencia invisible sobre las relaciones de pareja y su expresión en las relaciones de poder en la vida conyugal. Esta orientación de la búsqueda podría sugerir nuevas hipótesis de indagación sobre dónde y cómo detectar las condiciones de vida enfermantes para las mujeres. Ya no será en las tradicionales y visibles formas patriarcales, sino en las sutiles casi invisibles formas de opresión, que, utilizando otros recursos, producen los mismos efectos.

En esta línea de estudios, se fue afianzando la importancia de la enfermedad, de la salud, del cuerpo, de los afectos, de los deseos, de los ideales, como objetos metafóricos, soportes del sentido de nuestra relación con lo social. Histerias y depresiones femeninas pasaron a ser consideradas enfermedades paradigmáticas, como falta de poder de las mujeres en nuestra cultura.

Esta es la intención que nos mueve cuando nos referimos a “problemas psicopatológicos”: sacar de la invisibilidad conflictos que se producen en la cotidianidad, que quedan opacados o que se hacen visibles sólo bajo la caracterización de “enfermedades”.

Definimos como problemáticas a aquellas situaciones que transformamos en conflicto, en tanto las padecemos, las convertimos al mismo tiempo en una cuestión de debate.

Casi todos los estudios realizados sobre la salud mental de las mujeres indican que la depresión es el trastorno psicopatológico predominante actualmente.

J. Kristeva, describe los estados depresivos como “un abismo de tristeza, un dolor incommunicable que a veces nos absorbe, en muchos casos durante largos períodos, hasta hacernos perder totalmente el gusto por la palabra, por la acción, por la vida misma”.

3.1.3 Los estados depresivos según J. Kristeva:

Kristeva: describe los estados depresivos como “un abismo de tristeza, un dolor incommunicable que a veces nos absorbe, en muchos casos durante largos períodos, hasta hacernos perder totalmente el gusto por la palabra, por la acción, por la vida misma.

1- Melancolía Grave: Se manifiesta por medio de una lentificación de las funciones de la psique, tanto ideatorias como motrices. La extinción del gusto por la vida, del deseo, de la palabra, por la suspensión de toda actividad y por una atracción irresistible hacia el suicidio.

2.-Estado de excitación: Consiste en un tipo de estado neurótico llamado depresión.

3.-Estado de melancolia: Sería en el sentido común como “un vacío en el alma”, una nostalgia cuyos ecos se recogen en el arte y la literatura, y que, siendo una enfermedad, reviste frecuentemente el aspecto sublime de la belleza.

3.1.4 Estrés y Depresión

Anualmente, una de cada cinco mujeres toma tranquilizantes en un momento dado de su vida, generalmente por estados depresivos en alguna de sus variedades, son muchas más las que se sienten angustiadas y deprimidas, y no solicitan tratamiento de ningún tipo, sino que se limitan a tomar otra pastilla para el dolor de cabeza.

Las mujeres son, por lo menos, dos veces más propensas a padecer depresión que los hombres. En los estados depresivos, las mujeres tienden a acusarse y sentirse culpables de padecer este trastorno.

Habitualmente, familiares y amigos tienden a alejarse de las mujeres que padecen estados depresivos, con el argumento de que sus demandas, especialmente las emocionales, son excesivas, que nunca parecen satisfacerse. Las mismas mujeres depresivas perciben esta situación con angustia, se sienten incomprendidas a la vez que se aíslan y van perdiendo confianza en sus propias palabras para transmitir lo que sienten. El aislamiento y el autismo suelen ser consecuencia habitual observable en mujeres con estados depresivos.

El estrés y los estados depresivos en el caso de las mujeres. **La depresión** es percibida como una debilidad, **el estrés** es considerado como una señal del esfuerzo con el que se ha luchado para enfrentar situaciones difíciles. Sufrir de estrés revela lo mucho que se ha trabajado y la importancia de lo realizado.

Generalmente, cuando nos referimos al estrés aludimos al estado en que se encuentran las personas sometidas a una excesiva tensión que llega a causarles agotamiento.

A esta percepción de incapacidad suele sucederle el sentimiento de malestar, a menudo percibido como depresión y se expresa bajo la forma de:

- Sentimientos de impotencia.
- Debilidad.

- Auto reproches por la incapacidad para enfrentar la tensión y las exigencias.

Esta es otra de las situaciones que lleva a muchas mujeres a solicitar psicofármacos a su médico, especialmente tranquilizantes y somníferos.

3.2 Baja autoestima

Diversos autores le han asignado diferentes nombres como: concepto de si mismo, auto-imagen, autoconcepto, autoestima o simplemente “self”. Todos estos nombres coinciden en hacer referencia a un mismo evento.

“Autoestima es la aceptación incondicional de ti mismo, sin juicio destructivo alguno” (E. Aguilar Kubli).

“La Autoestima es una forma de pensar, sentir y actuar que implica que tú te aceptas, respetas, confías y crees en ti mismo” (E.J. Bourne).

Hoy en día se puede afirmar que el problema de la violencia contra la mujer, en especial la que ocurre en el interior del hogar y por parte de su compañero íntimo, ha sido objeto de diversos estudios que, en casos como el de México, pueden incluso apoyarse en encuestas recientes de carácter nacional (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004) Torres 2001.

Entre los diversos efectos que esta conducta produce en la salud mental, destaca particularmente la aguda reducción de la autoestima en las víctimas, por ser ésta una experiencia que destruye su amor propio y las pone en mayor riesgo de sufrir trastornos de diversos tipos. Tal como sentimiento de desvalorización genera la ausencia o distorsión de su poder personal y de su sentido del derecho, incapacidad de relación y de libertad de acción.

Señala Kirkwood (1999) que la “autoestima es una de las herramientas personales a las que las mujeres podrían recurrir para restablecer su poder y defenderse del impacto emocional de abuso” no obstante, su reducción aparece relacionada con un marcado debilitamiento de la identidad, lo que se explica si se parte del hecho de que, mientras que la primera se refiere al valor

que la persona se atribuye a sí misma, “ la identidad se basa en el conocimiento que cada una tiene de sus características personales, sus ideas y valores”.

Al especificar los mecanismos que ponen en juego las personas con distintos niveles de autoestima, se menciona que las que tienen una autoestima alta tienden a usar defensas de evitación como la formación reactiva y la represión, mientras que las personas con autoestima baja tienden a usar defensas como la proyección y la negación.

Cuando una persona se siente capaz y valiosa porque ha sido aceptada desde que nació, puede reconocer su derecho al respeto y a la defensa de sus necesidades. Se siente dispuesta y apta para afrontar los problemas que trae la vida. Se permite equivocarse, aprender, rectificar y seguir adelante, cuando le va bien disfruta y se siente contenta, pues tiene conciencia de que posee méritos legítimos.

Podemos decir que una persona así tiene una buena autoestima o un amor propio firme. Confianza y respeto por la propia persona son los pilares de la autovaloración positiva.

La principal carencia de muchas mujeres en general y de las maltratadas en particular es, precisamente, una adecuada autoestima.

El amor propio significa querer, respetar y desarrollar la propia existencia; valorarla como nuestra más preciada posesión, la única que verdaderamente nos pertenece por el corto lapso que dura nuestra vida. Todos pueden abandonarnos y es doloroso, pero la auténtica catástrofe es autoabandonarnos.

Favorecer la autoestima y la valoración de la propia persona es lo primordial para una sana y generosa entrega dentro de los límites que impone el autorrespeto.

Vivimos en una sociedad patriarcal donde el centro y medida de todas las cosas es el hombre. En este sistema se considera que la mujer tiene menos valor que el hombre. Es por ello, en la formación de nuestra autoestima tiene

un gran peso tanto las relaciones afectivas como los modelos de ser hombre y ser mujer.

Pero influyen también otros factores como son: la capacidad económica, mi nivel de estudios, la profesión que ejerzo y el valor social y económico que se le da, las posesiones que tengo, etc.

Algunas consecuencias de la autoestima baja son: mujeres sumisas y obedientes; mujeres que soportan el maltrato y la violencia por que sienten que se lo merecen; mujeres incapaces de decidir por sí mismas:

Así, nos encontramos con mujeres inseguras que aceptan sin discusión las decisiones de los hombres al mando, mujeres que viven el maltrato como un hecho natural y merecido; mujeres sumisas y abnegadas porque así aprendieron a ser o porque no tienen mas remedio que serlo.

Factores que influyen en la alta autoestima:

- Recibir respeto y valoración desde la infancia.
- Recibir estímulo y ánimo para tomar las propias decisiones.
- Vivir en un ambiente en el que se valora y respeta a la mujer
- Sentirse bien física y mentalmente.
- Ser una mujer decidida que sabe y hace lo que quiere.
- Ser una mujer que se siente satisfecha consigo misma.
- Disfrutar las cosas.

Causas de la baja autoestima:

- Ser educada en un ambiente que discrimina a las mujeres por ser mujeres.
- Crecer en una familia en donde se valora mucho más a los hombres que a las mujeres-un sistema patriarcal, donde la mujer esta por debajo del hombre.
- Trabajar en un lugar donde lo que se hace no se valora.

- Haber almacenado mucho coraje, resentimiento o culpa, sentimientos que trabajan para avergonzarnos internamente.
- Mujeres que no se valoran y permiten o sufren el maltrato y violencia sin ser capaces de salir de ella.
- Mujeres que solo viven para los otros.
- Mujeres con temores.
- Miedo a decidir.

3.3 Trastorno por estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático se ha documentado como una de las respuestas psicológicas principales a los acontecimientos de violencia contra las mujeres, con estimaciones tan altas como del que el 95% de las víctimas que sufren de una violación presentan dicho trastorno y del 45 al 50% lo sigue sufriendo más tarde (Koss, 1993).

Este trastorno lo manifiestan las mujeres que se han enfrentado a uno o varios acontecimientos que implica una amenaza real o probable para vida o la integridad física propia o de otros. Describe una respuesta de temor intenso, desamparo u horror y se caracteriza por la persistencia de uno o más de los siguientes elementos (Silva et 1997; Reus 2002):

- 1.-Recuerdos o sueños angustiosos recurrentes sobre el episodio traumático.
- 2.-Conductas o sentimientos como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo de nuevo.
- 3.-Malestar psicológico o actividad fisiológica ante claves que simbolizan o recuerdan algunos de los aspectos traumáticos vividos.

Se realizan esfuerzos por evitar los estímulos asociados al acontecimiento en cuestión (pensamientos, actividades o personas), pudiendo aparecer incapacidad para recordar los hechos relacionados, disminución del interés de la persona por actividades hasta entonces significativas, sensación de

distanciamiento de los demás, restricción de los afectos y sensación de acortamiento del futuro.

Otros síntomas persistentes que aparecen a partir del episodio traumático son la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la irritabilidad o las expresiones de ira, la dificultad para concentrarse, un estado de hipervigilancia y una respuesta de sobresalto exagerada.

Este síndrome puede o no expresarse en toda su extensión, pero engloba la mayoría de los síntomas que se observan en las mujeres maltratadas.

Estos síndromes se acompañan con ciertos rasgos psicossomáticos como inapetencia o exceso de apetito, variaciones de peso (generalmente obesidad, aunque últimamente se está estudiando con más detalle los casos de delgadez extrema en muchachas muy jóvenes, con anorexia nerviosa).

3.4 La desvalorización de la mujer.

Muchas de las circunstancias familiares descritas responden en nuestro contexto social estructurado a partir de la inferioridad y marginalidad de la figura femenina, por lo tanto se establece un círculo vicioso en el cual las experiencias negativas vividas en el seno de la familia se intensificarán por los factores sociales y culturales que establecen la discriminación de la mujer.

La principal carencia de muchas mujeres en general y de las maltratadas en particular es, precisamente, una adecuada autoestima.

Vivencias concretas que acechan a una mujer desvalorizada:

- Se siente inferior y cree que los demás son más inteligentes.
- Se compara siempre de manera negativa con los otros.
- Se siente perdida, abandonada e inútil.
- Se tiene desprecio y duda siempre de sí misma.
- Vive con la sensación de que todo lo hace mal.

- Se siente insignificante, fea, defectuosa, muy gorda o muy flaca, pero siempre mal.
- No se cree digna de que la amen.
- Tiene temor de ir contra de las normas.
- No expresa su enojo.

Favorecer la autoestima y la valoración de la propia persona es lo primordial para una sana y generosa entrega dentro de los límites que impone el autorrespeto.

4.- Propuesta

TALLER PARA MUJERES SOBRE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Durante la última década el tema de la violencia contra la mujer ha cobrado mayor importancia en los campos de salud y derechos humanos.

En México, los datos resultan alarmantes, pues de acuerdo a investigaciones nacionales entre el 30% y el 60% de las mujeres mexicanas han sido víctimas de algún tipo de violencia familiar y en la mayoría de los casos, identifican a la pareja como principal agresor.

Las consecuencias directas que la violencia tiene para las mujeres que la sufren es también una amenaza significativa para el bienestar de sus hijos, por ello, es de suma importancia crear programas específicos para combatirla.

Si bien es cierto que en México ya existe un reconocimiento legislativo del problema de la violencia familiar y se cuenta con algunos centros de apoyo para las víctimas, éstos frecuentemente se ven rebasados en su capacidad de atención debido a la creciente demanda de sus servicios. Ya que los datos demuestran que la mayoría de las mujeres maltratadas ni siquiera entran en contacto con instituciones formales y aquellas que buscan ayuda, lo hacen con personas de su confianza.

A partir de la problemática de los centros de apoyo y los altos índices de la violencia en la relación de pareja, surge la necesidad de desarrollar nuevas estrategias para atender este grave problema.

La intención de este taller es brindar información y ayuda imparcial a las mujeres que sufren violencia, y es importante el papel que las mujeres pueden y deben

desempeñar para combatir la violencia en la relación de pareja, al propiciar vínculos afectivos más sanos para futuras generaciones.

Este taller esta dirigido únicamente para que las participantes se sensibilicen sobre la naturaleza, las formas y las consecuencias de la violencia contra la mujer en pareja, comprendan por que algunas mujeres toleran la violencia, se informen sobre su derecho a una vida sin violencia, como seres humanos y ante la ley.

Justificación:

Dadas las características en nuestro país es importante un trabajo de prevención de la Violencia en las Mujeres para evitar la grave situación de daño en la salud, por lo tanto, es necesario que realicen y promuevan talleres, cursos, conferencias sobre este tema, para la población en general y en especial de la mujer, para que tengan conocimiento de los efectos que causa la violencia.

Objetivo general:

Que las participantes sean capaces de reconocer los tipos de violencia que se ejercen contra la mujer. Que analicen y reflexionen, sobre las alteraciones físicas y psicológicas que la violencia provoca en su salud, así como optar por alternativas que mejoren su calidad de vida.

Objetivo específico:

Que las participantes identifiquen los aspectos generales de la violencia contra la mujer.

Que conozca y comprenda los diferentes tipos de violencia que se ejercen contra la mujer.

Que las participantes al final del taller sean capaces de reconocer que la violencia deteriora la salud física y psicológica de la mujer.

TALLER

EL MANEJO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MUJER

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
I	-Presentación grupal	Conocer a cada una de las integrantes del taller.	a) El coordinador del taller da la bienvenida al grupo y rompe el hielo, a través de una dinámica grupal.	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises, fotocopias, masking tape. Papelógrafo.	30 min.
	-Presentación del taller.	Dar a conocer objetivos, temas y desarrollo del taller.	a) El coordinador hace una presentación de la temática que conforma el taller. b) Entrega a cada una de las participantes el programa de cada una de las sesiones.		20 min. 15 min.
	-Normas de trabajo.	Facilitar la participación de las mujeres para establecer las reglas del grupo durante el taller.	a) El coordinador mediante una lluvia de ideas, establece reglas y acuerdos, como: (horario, puntualidad, asistencia, respeto y confidencialidad entre cada una de las participantes). b) En un papelógrafo las participantes anotan los acuerdos establecidos por el grupo. c) Una participante de manera voluntaria pega el papelógrafo en un lugar visible y este permanece durante todo el taller.		20 min. 20 min.
			Así mismo se hará un cierre de la sesión con una recapitulación de la misma.		15 min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
II	-La violencia	Conocer y definir el concepto de violencia. Confirmar que la violencia implica el abuso de poder para lograr control y dominio.	<ul style="list-style-type: none"> a) Apoyadas por el coordinador expresan su concepto de violencia por medio de una lluvia de ideas. b) Que las participantes armen con las definiciones el concepto de violencia a través de una dinámica grupal. c) Precisen a través de esta dinámica que la violencia implica el abuso de poder. 	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises. DVD violencia T.V	20 min.
	-Violencia hacia las mujeres	Revisar de manera clara y general lo que es la violencia contra la mujer en el sistema patriarcal Reconocer la violencia contra la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> a) Mediante la observación de un video el coordinador propicia el análisis de la violencia en el sistema patriarcal. b) Las participantes en plenaria comentan su impresión sobre la violencia patriarcal. c) Analice en grupo su percepción sobre la violencia contra la mujer 		25 min.
					20 min.
					15 min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
III	-Tipos de violencia que se ejercen contra la mujer: Familiar, Conyugal, Física, Psicológica, Sexual y Económica.	Conocer los diferentes tipos de violencia que se ejercen contra la mujer. Identificar el tipo de violencia de la que es víctima.	<ul style="list-style-type: none"> a) el coordinador describirá los diferentes tipos de violencia mediante una exposición clara y precisa. b) Mediante una dinámica grupal las participantes son capaces de identificar el tipo de violencia que viven. c) En mesa redonda, se reconoce como víctima de violencia. 	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises,	40 min.
			Así mismo se hará un cierre de la sesión con una recapitulación de la misma.		30 min.
					20min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
IV	-Salud	Conocer y revisar de manera clara y general los conceptos de salud establecidos por la OMS Y OPS.	a) En la sesión el coordinador explica los conceptos establecidos por la OMS Y OPS.	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises, fotocopias, masking tape Hojas de rotafolio	30 min.
	-Las repercusiones en la salud de la mujer que sufre violencia.	Conocer e identificar las conductas y los sentimientos que se derivan de la violencia.	a) Mediante una explicación el coordinador describe las conductas que se presentan: Dificultad para trabajar, para ascender, aislamiento y pérdida de personas cercanas, derivadas de la violencia.		40 min.
			b) En parejas comentan los conceptos antes señalados.		10min.
			c) Precisan mediante una dinámica grupal que las conductas y sentimientos señalados afectan la salud de la mujer.		20min.
		Así mismo se hará un cierre de la sesión con una recapitulación de la misma.		20min.	

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
V	-Efectos sobre la salud física y psicológica de la mujer.	Establecer los efectos físicos y psicológicos que provoca la violencia en la salud de la mujer.	<p>a) Mediante una discusión grupal las participantes conocen los efectos psicológicos provocados por la violencia como: angustia, coraje internalizado, depresión, incapacidad para actuar, miedo, culpa y baja autoestima.</p> <p>b) Mediante una discusión grupal las participantes conocen los efectos físicos que provoca la violencia: Dolores psicogénicos, dolores crónicos, desordenes del sueño, fatiga y disminución en la concentración.</p> <p>c) Las participantes guiadas por el coordinador realizan un listado de los efectos psicológicos y físicos señalando sus características.</p> <p>d) Las participantes concluyen que estos efectos deterioran la salud en la mujer en situación de violencia.</p> <p>Así mismo se hace una recapitulación del taller enfatizando, sobre los aspectos más relevantes.</p>	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises, hojas de rotafolio y plumones.	<p>30 min.</p> <p>30 min.</p> <p>20 min.</p> <p>20 min.</p> <p>20 min.</p>

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
VI	Alteraciones del estado de ánimo causados por la violencia	Conocer las principales alteraciones del estado de ánimo que existen.	<p>a) El coordinador revisa de forma clara y breve las principales alteraciones.</p> <p>b) Anota las principales ideas en un papelógrafo que permanece expuesto durante toda la sesión.</p>	Salón iluminado, bancas, Papelógrafo marcadores y masking tape.	25 min. 20 min.
	Depresión según Mabel Burin y Kristeva (exógena, endógena, mixta y enmascarada)	Conocer de manera clara y precisa los conceptos de depresión manejados por Mabel Burin y Kristeva.	<p>a) El coordinador expone brevemente los conceptos de depresión por medio de un proyector de cuerpos opacos.</p> <p>b) Las participantes en binas comparan las dos definiciones.</p> <p>c) Explican al grupo lo que encontraron.</p>	Proyector de cuerpos opacos. Acetatos Hojas. Lápices, pizarrón gises, Borrador	10min. 20min
	Manifestaciones de la depresión Causadas por la violencia.	Conocer y precisar cuáles son las principales manifestaciones de la depresión.	<p>a) El coordinador utiliza la palabra depresión y pide a cada una de las participantes que la asocien con alguna experiencia que hayan vivido.</p> <p>b) El coordinador anota en el pizarrón las asociaciones que cada participante menciona.</p> <p>c) Al final el coordinador relaciona las experiencias mencionadas como manifestaciones de la depresión.</p> <p>d) Así mismo se hace una retroalimentación de la sesión.</p>		20min. 10min. 10min. 5min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
VII	-La relación entre el estrés y depresión.	Conocer y diferenciar entre estrés y depresión.	<p>a) El coordinador expone brevemente los conceptos de estrés y depresión por medio de un proyector de cuerpos opacos, resaltando las principales características de cada una.</p> <p>b) Las participantes en dos equipos revisan los dos conceptos.</p> <p>c) Ejemplifican las diferencias entre estrés y depresión.</p>	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises, masking tape. Proyector de cuerpos opacos. Acetatos.	20 min.
	-El estrés postraumático generado por la violencia.	Advertir los síntomas que se presentan a partir de un episodio traumático.	<p>a) El coordinador explica el concepto de estrés postraumático y pide a cada una de las participantes que lo relacione con las experiencias vividas.</p> <p>b) El coordinador anota en el pizarrón lo que cada participante señala.</p> <p>c) Al final el coordinador relaciona las experiencias mencionadas con los síntomas persistentes a partir de un episodio traumático.</p> <p>d) Así mismo se hace una retroalimentación de la sesión.</p>		10 min.
					20 min.
					30 min.
					20 min.
					15 min.
					5min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
VIII	-Definición de autoestima.	Conocer el concepto de autoestima. Reflexionar sobre la autoestima, su construcción e importancia.	<ul style="list-style-type: none"> a) El coordinador proporciona material fotocopiado sobre autoestima. b) En dos equipos revisan el material y obtengan una definición de autoestima. c) El coordinador anota las definiciones de autoestima de cada uno de los equipos en el pizarrón. d) En plenaria se llega a un consenso del concepto de autoestima; como un proceso de construcción, observando los factores que influyen en su formación y estado 	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises, fotocopias, masking tape	10 min.
	-Deterioro de la autoestima causadas por la violencia	Diferenciar entre autoestima baja y autoestima alta. Reconocer que la autoestima se ve alterada en las mujeres que sufren violencia.	<ul style="list-style-type: none"> a) El coordinador divide al grupo en dos equipos. b) Cada equipo a partir de lo expuesto en el tema anterior, comente sobre los conceptos de alta y baja autoestima. c) En mesa redonda se discute sobre las características que definen a cada uno de estos conceptos. d) A partir de lo definido anteriormente reconozca su nivel de autoestima. <p>Finalmente se hace una retroalimentación del trabajo de la sesión.</p>		5 min.
					10 min.
					20 min.
					15 min.
					15 min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
IX	-La desvalorización de la mujer causada por violencia.	Reconocer las carencias que presenta una mujer desvalorizada	<p>a) El coordinador en mesa redonda, dirigirá al grupo para que exprese lo que conoce como desvalorización y/o carencias que presenta una mujer violentada.</p> <p>b) Reflexión en sesión grupal sobre estos aspectos.</p> <p>c) Llega a una conclusión de la problemática.</p>	Salón en el cual las sillas sean movibles.	25 min.
	-Acciones contra la violencia en las mujeres	Conocer los documentos legales, que existen sobre violencia en las mujeres.	<p>a) En plenaria, el coordinador pregunta que documentos legales o leyes conocen sobre el tema y anota las respuestas en el papelógrafo.</p> <p>b) Con el apoyo del papelógrafo la coordinadora explica brevemente los documentos y lugares que existen, de manera que las participantes adquieren consciencia de que la violencia no es normal.</p>	Hojas blancas para tomar apuntes.	15min.
		Proponer acciones que conduzcan a la prevención y lucha contra la violencia hacia las mujeres.	Identificar alternativas de solución con otras mujeres en situación similar.	Así mismo se hace un cierre de la sesión con una recapitulación de la misma.	Papelógrafo marcadores, masking tape
					30min.
					15min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO
X	-Salud mental y emocional de la mujer.	Enfatizar que la mujer es la única persona que sabe el riesgo que corre y sólo ella puede decidir cuando separarse.	<ul style="list-style-type: none"> a) El coordinador por medio de una discusión, induce a una reflexión, para que la mujer se reconozca como la única persona que puede decidir cuando cambiar la situación de violencia en la que vive. b) Que las participantes por medio del taller concienticen la existencia de alternativas para mejorar su calidad de vida y crecimiento personal. 	Salón iluminado, bancas, pizarrón, marcadores o gises, fotocopias, masking tape	25 min.
		Optar por alternativas que mejoren su salud mental y emocional.	<ul style="list-style-type: none"> a) En plenaria el coordinador solicita que cada participante exprese lo que deja y lo que se lleva del taller b) Las participantes elaboran y entregan un resumen del taller. 		10 min.
					25 min.
	-Despedida y cierre del taller	Valorar el taller en el proceso de cambio de las mujeres violentadas.	<ul style="list-style-type: none"> a) El coordinador propicia una lluvia de ideas, evaluando los logros del taller. b) Cada participante comenta si se cumplieron sus expectativas. c) El coordinador cierra el taller señalando la importancia de conocer el impacto de la violencia en la salud de la mujer. 		15 min.
					20 min.
		Clausurar el taller, recordar los objetivos principales y reconocer hasta que punto las expectativas fueron cumplidas.			10 min.

5.- Conclusiones

El presente trabajo se orientó a la investigación bibliográfica del problema de la violencia doméstica familiar, las diferentes formas y tipos de la misma. Con el planteamiento de una propuesta de contenido que revisa y actualiza esta temática, resultado de ello se plantea el diseño de un taller que atiende aspectos de autoconocimiento, autoestima, diferentes esquemas de prevención y recopila una amplia información e identificación de situaciones de violencia, con la finalidad de contar con una herramienta y guía para abordar de una manera integral este problema.

El taller va dirigido a atender a todas aquellas mujeres que han sufrido algún tipo de violencia familiar doméstica. Sabemos que muchas mujeres que se encuentran en esta situación tienen miedo de hablar y no se atreven ni siquiera a cuestionarse.

Este problema tiene consecuencias físicas, psicológicas, económicas y lastima de manera especial la autoestima en la mujer y tiene efectos graves que involucran a todos los miembros de la familia, esta situación se presenta en todos los estratos sociales, económicos y abarca cualquier edad y nivel escolar.

Cada vez va quedando atrás la idea de que el amor de madre consiste en encerrarse con sus hijos en absoluta entrega. Poco a poco se va vislumbrando la idea de construir para esos hijos una idea diferente. Siendo una madre enriquecida y fortalecida por la experiencia que le brinde un modelo de búsqueda y acción en lugar de conformismo e ignorancia sobre la concepción de Hombre y Mujer, al parecer nos encontramos en un momento crucial de transición entre lo tradicional y lo moderno por lo que el trabajo de prevención es básico y fundamental.

Esta propuesta de investigación y de taller busca que como resultado se logre recuperar el amor propio, querer, respetar y desarrollar la propia existencia;

valorarla como nuestra más preciada posesión. la única que verdaderamente nos pertenece, en situaciones en las que todos pueden abandonarnos y es doloroso, sin embargo la autentica catástrofe es autoabandonarnos; las relaciones con alguien como un novio, un marido, un amante o una pareja son transitorios en la vida de una mujer, no han estado desde que nacimos y nada garantiza que estas relaciones perduraran en el futuro.

La transformación del concepto de la identificación de la mujer fue un verdadero acontecimiento, una gran proeza que cambió las estructuras de los géneros.

La relevancia de este fenómeno estriba en que la mujer que prácticamente integra mas de la mitad de la población mundial, esta conquistando una nueva posición en la historia: Un lugar estelar y ya no secundario un puesto que se distingue por la dignidad, la inteligencia, la capacidad, la integridad y la justicia.

Todo esto aconteció cuando un día por fin y después de grandes esfuerzos despertó y abrió sus ojos para descubrir que ellas eran tan capaces como los hombres pues al reconocer su gran potencial y valía, empezaron a quererse, respetarse y a ver por si mismas.

Como era de esperarse, la metamorfosis que sufrió la identidad de la mujer provoco un impacto de efectos revolucionarios en el ámbito de la pareja. Propicio un movimiento telúrico devastador que agrieto y hablando antediluvianas estructuras. Generó un irreversible proceso de demolición del anacrónico estilo de pareja.

Por tanto como lo he mencionado es de suma importancia que las mujeres identifiquen, reconozcan o se hagan conscientes de lo que la violencia representa y puede afectar su salud, desarrollo y crecimiento personal.

La violencia contra las mujeres implica la restricción a la libertad, a la dignidad y a la integridad de la persona por lo que no sabe que su malestar y deterioro general se debe al abuso que la pareja ejerce sobre ella en tanto que la va debilitando y desesperando y las mujeres cada vez están mas atrapadas en esta relación que consume su energía y su vida, hasta llegar a un estado de

depresión, ansiedad, desesperación y abandono; ellas no se dan cuenta por lo que están pasando y en algunos de los casos las mujeres no denuncian al agresor por temor a quedarse solas o por que simplemente no tienen un trabajo y dependen económicamente del hombre o por que es el padre de sus hijos.

Fue hasta 1993 cuando la Organización Panamericana de la Salud reconoció la violencia hacia las mujeres como un problema de salud y en 1996 lo hizo la Organización Mundial de la Salud.

Las enfermedades y problemas relacionados con la salud hoy en día en muchas mujeres son consecuencia de eventos de la violencia familiar y doméstica.

Algunos autores han aportado con su información, investigaciones y trabajos de campo que apoya los procesos de intervención desde la problemática.

Walker (1989) señala que la mujer maltratada padece de insomnio, disminuye o aumenta su apetito, duerme considerablemente, tiene fatiga constante, muchas mujeres padecen de dolores de cabeza, estómago, hipertensión, y palpitaciones cardiacas.

Por otra parte Claramunt (1997) expresa que los efectos psicológicos que experimenta la mujer maltratada son sentimientos de miedo y vergüenza, sentimientos de culpa, dificultad para establecer relaciones intimas, incluyendo la sexualidad y la pérdida del sentido de la autoeficacia.

Aun cuando existen Instituciones dedicadas a atender este problema sigue siendo una prioridad enfocarse en la atención integral de la mujer y buscar una solución para obtener una vida de calidad, de respeto y de bienestar físico y mental.

En la actualidad estas mujeres recurren con frecuencia a los cuidados médicos, a las prescripciones de medicamentos de todo tipo y a los psicofármacos, cuando se sienten deprimidas, buscan mas a menudo un tratamiento medico, donde a la par se les otorga el apoyo psicológico y entonces pueden darse

cuenta de que el origen de su malestar es consecuencia de un deterioro emocional.

La OMS sostiene que el riesgo de depresiones para las mujeres es dos a tres veces mas alto que para los hombres, y esta hipótesis podría ser considerada por el estilo de vida de las mujeres, por que prefieren no alejarse demasiado de sus hogares, permanecer mas cerca de sus familias, no abandonar sus roles maternos y domésticos.

Generalmente la independencia y el dominio, lo reunimos con una imagen cultural del amor romántico, sin estar en condición de comprender, simultáneamente, como se llega a ser una mujer maltratada y por que es tan grande el número de ellas en todas las sociedades.

La propuesta del taller esta dirigida ha atender aspectos del reconocimiento de la situación de violencia, conocimiento del ejercicio de sus derechos como mujer, elevación y recuperación de su autoestima. La estructura de este taller incluye que el personal de salud tenga conciencia de que para poder comunicarse con éxito debe tener en mente en todo momento, que quizás esa sea la única y ultima oportunidad que esa mujer tendrá de ser escuchada y, posiblemente, rescatada, y deberá actuar de tal manera que la información se entienda y que la mujer comprenda que alguien se preocupa por ella y la puede asesorar. Para esto es necesario que se le brinde completa atención, se genere empatía, exista claridad en el lenguaje, las preguntas sean eficaces y sobre todo sienta que se le da el respeto y ayuda que en el momento requiere.

Además, como se ha mencionado, es importante respetar la individualidad de cada paciente, teniendo cuidado de no caer en un exceso de "paternalismo". La intención de ayudar es sin embargo rescatar a la mujer violentada sin hacerla consciente de que ella es la responsable de tomar sus propias decisiones, solo diversificara su independencia, ahora hacia otra persona. También en relación con la autonomía el personal de salud debe saber que aunque ella exprese haber comprendido la información, es muy posible que no tome la decisión de acudir a un centro de apoyo, denunciar a su agresor o abandonarlo, ya que,

como hemos visto anteriormente, para estas mujeres no resulta fácil alejarse de la relación de un momento a otro.

El desarrollo de esta investigación confirma de forma contundente que la mujer maltratada no es una enferma o una masoquista, sino un ser humano que al fin y al cabo, no ha pretendido más que ajustarse estrictamente a lo que la sociedad y la institución familiar le han proporcionado y ha exigido hasta el día de hoy.

La única seguridad verdadera es tenernos y cuidarnos. No hay nadie en principio que merezca más que nosotras. No hay peor falta contra la vida que la de amordazar nuestras necesidades en beneficio de las ajenas.

Bibliografía

Amato M. (2004). La Pericia psicológica en la Violencia Familiar. Argentina: La Rocca.

Burin M., Moncarz E., Velásquez S. (1990). El Malestar de las Mujeres: La Tranquilidad Recetada. Argentina: Paidós.

Caballero D. (2001). Programa Mujer, Salud y Desarrollo. “Experiencia Boliviana-Prevención y atención de la violencia intrafamiliar desde una perspectiva de salud pública, Bolivia: Organización Panamericana de la Salud.

Castro R, Riquer F. (2002). Marco conceptual para la realización de una encuesta nacional sobre violencia doméstica. Componente violencia de pareja. México: INEGI, INMUJERES, UNICEF.

Claramunt C. (2000). Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.

Corsi J. (1999). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós.

Corsi J. (2003). Violencia Masculina en la Pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós.

Corsi J. (Compilador). Auman V, Delfino V, García de Kelfai I. Iturralde C. Muzón I. (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico (Fundamentos teóricos para el estudio de Violencia en las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Paidós.

De la Fuente, Ramón. Medina-Mora E. Caraveo J. (1997). Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Díaz-Guerrero R. (2003). Bajo las Garras de la Cultura. México: Trillas.

Esperanza H. (1994). Algunas características de la Personalidad que presenta la mujer que sufre Síndrome de Maltrato. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Falcón M. (2001). Malos tratos habituales a la Mujer. Barcelona: Bosch.

Ferreira G. (1989). La mujer maltratada. Buenos Aires, Hermes.

Gómez E. (1997). Género Mujer y Salud en las Américas. Edit. Organización Panamericana de la Salud 1ª. Reimpresión en Español

González R. (2006) La revolución de la pareja Ed. Mina Estrella

Guerrero-Caviedes E. (2002). Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Español 1990-2000: Balance de una Década. Isis Internacional.

<http://www.corsi.com.ar/violenciahacialamujer>. Corsi J. (2006). La violencia hacia las mujeres como problema social, análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Buenos Aires.

<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/socialresponsesgbvsp.Pdf>. Organización Mundial de la Salud. Respuestas sociales ante la violencia de género. Sin fecha Disponible:

<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemes.pdf>. Organización Mundial de la Salud. (1998). Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. 1998.

<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/menandgbvsp.pdf> Organización Panamericana de la Salud. (2003). El papel de los hombres en la violencia de género. Hoja Informativa.

<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/menandgbvsp.pdf>. Organización Mundial de la Salud. (2003). El papel de los hombres en la violencia de género.

<http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/period/>. Guido L. (2002). Violencia Conyugal y Salud Pública: El sector Salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. La ventana # 15

<http://www.unam.es/cdb/dhbapsalud.html>. Paidós A. (2006). Que es la Salud. Universidad de Naira 1997.

<http://www.Who.int/gender>. Organización Mundial de la Salud. (2006). Estudio Multipaís. De la OMS Sobre Salud de la Mujer y Violencia Domestica,

Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Salud. (2003). Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de Salud. Prevención y Atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México, INMUJERES-SSA.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2003). Programa Nacional por una Vida sin Violencia. México, Instituto Nacional de las Mujeres.

Kassab A. (2005) Asertividad en mujeres receptoras de violencia: una propuesta de taller. Tesis Licenciatura en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Kirkwood C. (1999). Como Separarse de su Pareja Abusadora: Desde las heridas de supervivencia a la sabiduría para el cambio. México: Granica.

Koss M. (1994). No safe heaven: male violence against women at home, at work, and in the community. Washington: American Psychological Association.

Maria M. (2004) Relación entre violencia domestica y trastornos de la personalidad en mujeres que asisten al servicio de preconsulta Instituto Nacional de Psiquiatría. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Merani L. (1979). Diccionario de Psicología. México: Grijalbo.

Moreno F. (1999). La violencia en la Pareja. Revista Panamericana de Salud Publica vol.5 N° 4/5 Abril – Mayo.

Norwood C. (1987). Advice for life: A woman's guide to aids risks and prevention. New York: Pantheon books.

Olivares (2001), La violencia contra la mujer en el ámbito familiar, 2ª. Ed. México.

Organización Mundial de la Salud. (1999). Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza:
OMS/EIP/GPE

Organización Panamericana de la Salud. (2001). La planificación estratégica en las redes de lucha contra la violencia intrafamiliar en Centroamérica. Costa Rica: OPS.

Saltijeral M. Ramos L. (1998). Las mujeres que han sido victimas de maltrato Conyugal. Tipos de Violencia y algunos efectos en la Salud Mental.

Sarquis C. (1995). Introducción al estudio de la pareja humana. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Torres M. (2001). La Violencia en Casa. México: Paidós.

Walker L. (1994). Mujeres maltratadas. Serie Género y Salud Pública. Washington: American Psychological Associatio