



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

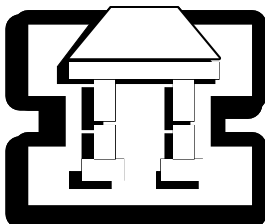
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS EN MUJERES
QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y
SEXUAL”**

TESIS EMPÍRICA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MÓNICA SAN PEDRO CAMACHO

ASESORA:
LIC. ARACELI SILVERIO CORTÉS

DICTAMINADORES:
LIC. JORGE MONTOYA AVECÍAS
LIC. AURORA ALEJO



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Reconocimientos

La vida da muchas vueltas y a veces uno se pregunta que camino seguir, pero siempre hay personas o lugares que te hacen ver hacia donde dirigirte.

La UNAM ha sido mi casa desde mi preparación de educación media superior y finalmente mi logro al obtener una Licenciatura.

La Máxima Casa de Estudios me brindó conocimiento, aprendizaje, alegrías, tristezas, preocupaciones y finalmente una meta que está siendo coronada.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala fue mi hogar por un largo tiempo y lo seguirá siendo pues me siento muy orgullosa de tener la sangre azul y la piel dorada como universitaria que soy.

Muy en especial a todas las personas que laboran en el Centro Cultural de Iztacala, ya que con ustedes aprendí mucho, conocí personas y sobre todo estuve en eventos culturales e institucionales, conociendo otra parte de la FESI.

A la Dra. Isabel López, a Ofe, Bety, Lulú, Javier, Abraham e Israel y a cada uno de los Promotores Culturales que apoyaron en los eventos, en especial a Sandy, por divertirnos y demostrar lo orgulloso que estamos de pertenecer a Iztacala.

Agradecimientos

A mis Padres Mariana y Marciano por darme y la vida y estar a mi lado en cada una de mis etapas. En estos momentos agradezco mucho su apoyo, confianza y estabilidad brindada.

A mis hermanos Aida, Adriana, Claudia y Ricardo por estar conmigo y enseñarme las diferentes etapas de la vida. A mis pequeños Andrea y Ángel por ser la luz y alegría de mis días.

A mis amigos que siempre me han brindado su cariño, apoyo, confianza. Ustedes son una parte importante de mi vida que siempre quiero estén conmigo. Lore, Nagh, Víc, al fin comparto con ustedes este sueño que me han ayudado a conquistar.

A ti Armando, por ser esa persona tan especial que me ha entendido y apoyado en mis alegrías y tristezas. Muchas gracias por tu confianza y por compartir estos momentos tan felices de mi vida. Te Amo.

También agradezco a todas aquellas personas que se han cruzado en mi camino y con una palabra o sonrisa me hicieron ver lo importante que es disfrutar la vida.

A mis maestros que me han guiado en este difícil camino, desde mi infancia hasta la Universidad. Gracias Araceli, Jorge y Aurora. Un agradecimiento especial a Isaac y Guadalupe.

Reconocimientos	
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción	1
Cap. 1. Violencia	6
1.1 ¿Qué es?	6
1.2 Tipos	7
1.2.1 Psicológica	8
1.2.2 Física	8
1.2.3 Sexual	9
1.2.3.1 Abuso Sexual	9
1.2.3.2 Violación	10
1.2.3.3 Hostigamiento Sexual	10
1.3 Causas	11
1.4 Consecuencias	14
1.5 Estadísticas	18
Cap. 2. Violencia en las Mujeres	21
2.1 Causas	23
2.2 Ciclo de la Violencia	27
2.3 Efectos	28
2.3.1 Psicológicos	28
2.3.2 Sociales	30
2.3.3 Físicos	31
Cap. 3. Intervención en Crisis	34
3.1 Antecedentes Históricos	34
3.2 Modelos	39
3.3 Factores de Riesgo	45
3.4 Recursos con los que se puede contar	47
3.5 Intervención en Distintas Instancias	47
3.6 Intervención con Mujeres	59
3.7 Papel del Psicólogo	62
Cap. 4. Propuesta de Intervención en Crisis	64
4.1 Intervención de Primera Instancia: Conferencia Preventiva sobre Violencia en la Mujer y Tratamiento para Mujeres de manera individual	81
4.1.1 Conferencia Preventiva	81
4.1.2 Tratamiento para Mujeres de Manera Individual	84
4.2 Propuesta de Intervención en Segunda Instancia	87
Conclusiones	92
Bibliografía	96
Anexos	99

Resumen

En la vida cotidiana en cualquier país, nivel socioeconómico, edad y escolaridad se presenta violencia en contra de las mujeres. Los tipos de violencia que se pueden presentar son físico, psicológico y/o sexual; las causas que la ocasionan pueden ser de diversa índole y los efectos que producen pueden ser físicos, psicológicos, y sociales. La intervención en crisis es un proceso que ayuda a las mujeres a recuperar su equilibrio psicológico y reponerse de los efectos causados, logrando una estabilidad personal, familiar y social.

El objetivo del presente trabajo es describir una propuesta de intervención en crisis para mujeres que han sufrido violencia física, psicológica y sexual. La propuesta consiste en una primera plática con jóvenes adolescentes, con la finalidad de prevenir la violencia. Además se describe la intervención de primera instancia, a nivel individual, y finalmente una propuesta dónde se puede trabajar con ambos miembros de la pareja. La metodología que se llevó a cabo para lograr el objetivo fue recopilar información referente a la violencia contra la mujer, así como hacer una entrevista a mujeres violentadas.

Para esto, en el capítulo uno se describe qué es la violencia, los tipos en que se clasifica, las causas que la ocasionan y los diferentes efectos que pueden producir, y las estadísticas que comprueban su presencia. En el capítulo dos se aborda la violencia pero en específico en contra de las mujeres. En el capítulo tres se establecen las características que comprende la Intervención en Crisis, así como modelos y tipos. Finalmente en el capítulo cuatro se desarrolla la propuesta de Intervención en Crisis en Primera y Segunda Instancia.

La violencia es un tema cotidiano que ocurre en todo lugar, las mujeres a lo largo de la historia han sufrido violencia; pero si buscan apoyo pueden lograr salir adelante y retomar su vida, gracias a la Intervención en Crisis. Esta intervención las apoya dándoles información de cómo utilizar sus pensamientos y lograr controlar sus emociones; con esto ellas tienen el poder de tomar las decisiones que mejor les convengan. Además aprenderán a reconocer que puede buscar el apoyo de la familia, los amigos, especialistas y de la misma pareja. Finalmente, el resultado será siempre para su beneficio.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es en la actualidad un gran problema, y no solo nacional sino inclusive internacional. Esta violencia es una realidad social que tiene profundas raíces históricas, cuyo interés debe ser de todos los ámbitos de la sociedad, como judiciales, morales, de la salud, psicológicos, entre otros.

En los años noventa la violencia contra las mujeres se constituyó en el centro de atención e interés de las organizaciones internacionales. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que fue ratificada por México en 1995. En 1994, La Organización de los Estados Americanos (OEA) promovió la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, que fue ratificada por México en 1998. El 17 de diciembre de 1999 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el 25 de noviembre como Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres.

La violencia contra las mujeres es una violación de los derechos humanos que provoca secuelas de gravedad, tanto física como psíquica, producidas en las víctimas. Es importante mencionar que las víctimas que han denunciado varían en edad, escolaridad, raza y nivel socioeconómico.

La violencia comprende el ámbito psicológico, físico y sexual, y sus efectos son sociales y culturales. La violencia física y la sexual son las manifestaciones de la violencia familiar más extremas y sus consecuencias pueden llegar a ser más dañinas. La violencia emocional o psicológica se manifiesta en forma de insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, omisiones, menosprecios y burlas. Por otra parte, la violencia física trata de las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer, lo que se traduce en un daño, o un intento de daño, permanente o temporal. Finalmente, la violencia sexual es toda forma de coerción que se ejerce sobre la mujer con el fin de tener relaciones sexuales sin su voluntad, la obligación de hacer actos sexuales que ellas no desean y el uso de la fuerza física para tener contacto sexual.

En México ocurren anualmente 5 mil 200 muertes de mujeres de entre 15 y 49 años de edad por causas violentas, por lo que 14 fallecen cada día y dos de cada tres mueren en sus hogares.

Las estadísticas comprueban este grave problema que sufre la sociedad. Por ejemplo, en el Centro de Atención a Riesgos Vitimales y Adicciones de la Procuraduría de Justicia del DF hay cerca de 150 mujeres adultas mayores recibiendo tratamiento psicológico por situaciones de violencia.

Durante el último trimestre de 2003, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), llevaron a cabo la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las

Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2003) en cerca de 57 mil viviendas en todo el país.

Algunos datos obtenidos con la Encuesta son: la proporción de mujeres con al menos un incidente de violencia con la pareja fue de 47 mujeres de cada cien. En relación con el estado conyugal, la violencia se manifiesta un poco más entre las mujeres que viven en unión libre (54.9%) que entre las casadas (44.5%). Es mayor entre las mujeres con al menos un hijo nacido vivo (46.9%) que entre las mujeres sin hijos (41.3%).

Por nivel de escolaridad se observó que entre las mujeres sin instrucción la violencia alcanza un 38%, mientras que entre las que tienen la educación básica cubierta, asciende a 52.3%. Frente a la condición de actividad económica se reporta una prevalencia de 49.6% en las mujeres económicamente activas, de 45.2% entre las que se dedican a los quehaceres domésticos y de 39.7% entre las que realizan otras actividades no económicas, como estudiar. El 38.4% de las mujeres vivieron al menos una experiencia de violencia psicológica, 9.3% de violencia física y 7.8% de violencia sexual. Cabe mencionar que las denuncias correspondientes no son efectuadas, son muy pocos los casos en los que se denuncia.

Pero no solo existe violencia familiar, también se observan casos de violencia en: el trabajo, en los transportes públicos, por teléfono, entre otros.

El DF y el Estado de México es donde se concentra más de la cuarta parte de los delitos que ocurren en el país. En el DF resulta que casi la mitad de los delitos denunciados son violentos. Esto es, casi la mitad son robos con violencia (de transeúntes, transportes de carga, comercios, vehículos, casa-habitación, en transporte público); lesiones dolosas, homicidios dolosos; violaciones y privación ilegal de la libertad (incluyendo secuestro con fines de extorsión).

El asalto en vía y transportes públicos es el delito padecido por el mayor número de ciudadanos, pero también el que menos se denuncia. De acuerdo con datos obtenidos por la Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI-2) elaborada por el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, el lugar considerado como más inseguro por las entrevistadas es la calle (47.1%) seguido por el transporte público (45.8%).

También mostró que las mujeres son ligeramente más propensas a percibir incrementos en delitos graves, lo que puede ser indicador de temor a la posibilidad de sufrir alguno de estos delitos.

De hecho, los códigos penales no catalogan como delitos muchas de las situaciones que afectan a la mujer (como lo que ocurre en el metro: tocamientos, hostigamientos, palabras obscenas, insinuaciones) y cuando esto se hace, los procedimientos requieren en la fase probatoria trámites burocráticos y exámenes que en muchas ocasiones son humillantes y denigrantes.

Las mujeres víctimas de violencia padecen secuelas que no les permiten incorporarse a las actividades cotidianas y durante mucho tiempo el daño sufrido continua haciéndolas víctimas, emocionales y mentales de las situaciones vividas. Algunas de las consecuencias o impactos sobre la salud física y psicológica de la mujer a causa de los problemas de violencia en la pareja son: el 45.5% de las mujeres han padecido tristeza, aflicción o depresión; 31.6% han tenido problemas nerviosos; 26.1% han sufrido angustia; 19.7% han mostrado falta de apetito; 18.6% han padecido insomnio y 14.2% han dejado de salir como resultado de los problemas de violencia.

Al efectuar un análisis del sentimiento de inseguridad por entidad federativa en la ENSI-2, se observa que la menor proporción de mujeres que percibieron algo o mucha inseguridad a nivel estatal la obtuvo Colima, seguido por Baja California Sur. Las entidades en donde se obtuvieron las mayores proporciones de mujeres cuya percepción es de mucha inseguridad a nivel estatal fue, en orden ascendente: Guerrero, Morelos, Tabasco, Baja California Norte y el D.F.

Por esta razón se debe situar la prevención de la violencia contra la mujer y la intervención en un espacio de trabajo de carácter multidisciplinar, incluyendo doctores, abogados, y psicólogos.

El papel que tiene la Psicología en este problema mundial es de gran importancia pues ésta proveerá de recursos para salir o no de un problema como es algún tipo de violencia. Los efectos que puede tener un asalto (por ejemplo) dependerán de muchos factores que haya desarrollado una mujer a lo largo de su vida. El papel que desempeña la Psicología en los efectos y consecuencias de la violencia está relacionado con cómo se puede aplicar la Intervención en Crisis.

La Intervención en Crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un evento traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza. En el caso de violencia es el proceso de ayuda para que una mujer que ha sufrido violencia pueda afrontarlo y salga de este difícil evento. Anteriormente se mencionan los efectos que causa la violencia, como problemas nerviosos, angustia, insomnio, entre otros. Por ello la intervención en crisis es de mucha utilidad.

La intervención en crisis, consiste en ayudar a la mujer que haya sufrido violencia, en el momento que ella llegue, es de forma inmediata, aunque también hay una forma de ayudar a través de un proceso terapéutico.

Valladares (1989; citado en Samaia, 1991) describe la terapia de intervención en crisis así: Consiste en apoyos de emergencia de corta duración, en sesiones de 1 a 2 horas, ofreciendo apoyo solidario, información y asesoría legal. Rubin y Bloch (2001) definen la Intervención en Crisis como: proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos

trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas

Las metas de la Intervención de Primera Instancia es reducir la mortalidad, reestablecer el enfrentamiento inmediato y proporcionar apoyo; significa permitir a la gente hablarnos para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse (Slaikau, 1990).

La Intervención de Segunda Instancia o Terapia para crisis intenta ayudar al paciente a resolver la crisis. Es más efectiva cuando coincide con el período de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. El propósito es proporcionar asistencia en ese período, para incrementar la probabilidad de que la reorganización sea hacia el crecimiento y se aleje del debilitamiento (Slaikau, 1990).

El objetivo general de este trabajo es describir una propuesta de intervención en crisis de primera y segunda instancia. Uno de los objetivos específicos es describir qué es la violencia, tipos, causas y consecuencias. Otro objetivo es conocer las causas y efectos de la violencia contra las mujeres. Un objetivo particular más es describir la Intervención en Crisis.

Finalmente otro objetivo es conocer una de las formas en que el psicólogo puede intervenir en el proceso terapéutico de mujeres que han sufrido violencia, para ello la Intervención de Primera Instancia es una propuesta de una Conferencia Preventiva para Adolescentes y una propuesta para mujeres violentadas, de manera individual. La Intervención de Segunda Instancia es una propuesta para mujeres que han sufrido violencia, y la forma de intervención es con los miembros de la pareja.

La meta de la Intervención en Primera Instancia es darles a conocer a adolescentes las características principales de la violencia en general y contra las mujeres, además de los causas y efectos que ocasionan; esto con la finalidad de prevenir la violencia.

La meta de la Intervención de Segunda Instancia es dar los pasos de una propuesta de Intervención para mujeres que sufrieron violencia, puede darse de forma individual o si una pareja busca ayuda psicológica.

Para lograr estos objetivos en el capítulo uno se describe qué es la violencia, cuáles son los tipos en los que se clasifica, así como las causas que la originan y los efectos que ocasionan. Además de las estadísticas de cómo ha ocurrido. En el capítulo dos se describe la violencia contra las mujeres, haciendo un recorrido histórico y mencionando el ciclo de la violencia; además de un breve análisis de las causas y efectos que produce.

En el capítulo tres se dan las características principales de la Intervención en Crisis, se mencionan sus antecedentes históricos, los diversos modelos de la Intervención; además los factores de riesgo y los recursos con los que cuenta el individuo para salir adelante. También se describen las características

primordiales de la Intervención de Primera y Segunda Instancia. Finalmente, se habla de la Intervención con Mujeres y el Papel que el Psicólogo tiene en esta Intervención.

La propuesta de Intervención en Crisis de este trabajo se realizó aplicando una entrevista a 40 mujeres que habían sufrido violencia física, psicológica y/o sexual. Con los resultados obtenidos se describen ciertas recomendaciones para el tratamiento con éstas mujeres, una conferencia preventiva para adolescentes; además de la Propuesta de Intervención para Mujeres de manera individual y en pareja.

CAPÍTULO 1. VIOLENCIA

1.1 ¿QUÉ ES?

Vivimos en una sociedad en la que se presentan actitudes violentas por todas partes, en la familia, en la escuela, en la calle, en la televisión, en las revistas, etcétera, en donde existe violencia entre iguales, pero más aún de los fuertes hacia los débiles, los ancianos, los niños y principalmente hacia la mujer, ya que los roles sexuales y el significado que se le ha otorgado tanto a ésta como al hombre ha sido una de las causas originarias de la violencia dando lugar a que dentro de la familia sea la mujer una de las principales víctimas que la sufre.

Violencia es la aplicación de medios punitivos a cosas o personas para vencer su resistencia. Considerando sus múltiples dimensiones y connotaciones, está presente en la violencia el concepto de poder y jerarquía y es así como se ha expresado y manifestado históricamente en nuestras sociedades. En América Latina y El Caribe, la violencia forma parte de la estructura social y aparece vinculada a la organización del sistema social, permeando las distintas instituciones (Rodríguez, 2004).

La violencia no tiene exclusividad, es absolutamente democrática. Las mujeres indígenas la sufren tanto como aquellas que gozan de posiciones “privilegiadas”, pues abarca a profesionales y a analfabetas, a personas con o sin dinero, a mexicanas y a francesas. Estas conductas llevan una raíz familiar: son comportamientos aprendidos a través de los roles asignados a los hombres y a las mujeres, que llevan una marcada carga de desigualdad que desata la violencia. Hombres y mujeres somos diferentes, lo sabemos, sin embargo la diferencia no implica desigualdad, ni jerarquías. La diferencia no nace de las diferencias, sino de las desigualdades (Acosta, 2006).

Osofsky, J. ya lo mencionaba en 1997, la violencia es un problema multifacético, que es relacionado a una multitud social, ambiental y con condiciones individuales y problemáticas. El ambiente, que es, el contexto social y cultural en donde las familias viven, puede ayudar a promover violencia. La violencia es heterogénea en etiología, calidad, cantidad y en impacto en sus víctimas (Osofsky, 1997).

Ramírez y Uribe (1993) se refieren a los términos “maltrato” o “violencia”, cuando existe un comportamiento de una persona (familiar o no familiar) que tiene la intención de causar directamente un daño físico y/o emocional a las personas.

La violencia es el acto de hacer daño intencional, ya sea simbólico, verbal, físico, psicológico, emocional o sexual; basado en que el agresor tiene poder y deseo de suprimir a “las personas débiles” (Roldán, 2001).

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 la edad, sexo, fuerza física o relación de parentesco. Ésta 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 ya que es una situación que avanza e incide física y mentalmente en la víctima. (Procuraduría General de la República, 1999)

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 y tiene que ver con lo que es el poder y con una tecnología (armas, objetos, conceptos, imágenes). En ella existe el “despojo y la explotación”, puesto que existe asimetría de poder en los individuos.

Además, considera que los hechos que se consideran violentos varían de acuerdo a la época y la cultura. De esta forma, una situación violenta puede serlo en un contexto y no en otro, por lo cual se han dado varias definiciones de violencia. Violencia 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 sociocultural hacia las mujeres es causa medular del resto de las manifestaciones de violencia, se manifiesta en distintos ámbitos: laboral, familiar, escolar, social, y tiene como base la discriminación hacia el valor de lo femenino (Olivares, 2001).

En los últimos diez años se ha incrementado el reconocimiento de la magnitud de los problemas de violencia relacionada con asaltos sexuales, violencia doméstica y violación marital. Los datos indican que niveles más severos de violencia física ocurren en casos donde la violencia sexual también está presente. Hanneke (1986; citado en Ammerman y Hersen, 2000) sugiere asociaciones entre violencia sexual y otras formas de violencia. Ya que ambos son expresiones de violencia o control.

De acuerdo con esta información, se puede observar que la violencia es cualquier acto donde se utiliza fuerza y poder para someter a otros, de manera física y/o emocional. Además esta violencia puede estar presente en varios ámbitos: familiar, escolar, laboral, en la calle, en el transporte público. Sin olvidar que puede dañar a cualquier persona, sean niños, mujeres, hombres o ancianos.

Esta forma de sometimiento puede ser de diversos tipos, los que a continuación se mencionarán.

1.2 TIPOS

Los actos de violencia pueden ser de distinta índole, entre los que sobresale la violencia física, psicológica y sexual. De cualquier manera, sin importar la índole, la violencia lesiona la identidad, la autoestima y la autodeterminación de los seres humanos. Las características de los tipos de violencia son:

1.2.1 PSICOLÓGICA

El patrón de conducta consiste en actos u omisiones repetitivas cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, regalos, intimidaciones, manipulaciones, humillaciones, aislamiento, amenazas y actitudes devaluatorias de abandono (Olivares, 2001).

En este tipo de maltrato se encuentran las situaciones que pueden dañar la estabilidad emocional de quien lo recibe o la alteración en su escala de valores, afectando su estructura de personalidad, que pueden ser prohibiciones, coacciones, intimidaciones, condicionamientos, amenazas, actitudes devaluatorias y de abandono como la negligencia, indiferencia, el rechazo, la infidelidad (Martínez, 2001).

La violencia a nivel emocional, es la más frecuente y es la más difícil de identificar y por ende el daño que ocasiona es detectado cuando la autoestima se encuentra muy afectada. La *violencia psicológica* se refiere al uso de expresiones verbales (insultos, gritos, humillaciones, amenazas), no verbales (no dirigir palabras, gestos), que tienden a inhibir la autoestima de las personas con la finalidad de lastimar la estabilidad psicológica y/o emocional. Aunque no hay que olvidar que cualquier tipo de violencia ocasiona un daño psicológico, así que la violencia psicológica se encuentra presente en todos los tipos de violencia (Roldán, 2001).

Ganley (citado en Corsi, 1998) propone una diferenciación entre abuso emocional y psicológico, las conductas son las mismas, pero en la violencia psicológica también ocurre la violencia física, por lo menos en un episodio. Por lo tanto, las amenazas, intimidaciones, gritos, entre otros, adquieren un valor de daño potenciado, ya que generan la evocación del abuso físico y el miedo a su repetición. Mientras que el abuso emocional se da como única forma de abuso, sin antecedentes de abuso físico.

Autores como Ferreira (1996) y Corsi (1998) coinciden al señalar las siguientes conductas como parte de la violencia psicológica: se utiliza el castigo, por ejemplo no dirigir la palabra; además de gritos y amenazas, el chantaje, la burla, la mentira, acusaciones falsas; se acusa a la mujer de loca, se hacen comentarios denigrantes o humilladores de la mujer, se hacen comparaciones con otras personas y se atemoriza o ignora a la mujer.

1.2.2 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 (Olivares, 2001).

Aquí, pertenecen desde los empujones, bofetadas, puntapiés, sujeciones, golpes que causan lesiones leves, moderadas y severas, hasta lo que es el homicidio. (Martínez, 2001; Roldán, 2001)

La agresión física es una de las manifestaciones de violencia más visibles que existen y no es hasta que ocurren este tipo de agresiones que las personas se dan cuenta de que viven en un ámbito violento y en algunos casos se niegan a reconocerlo.

“Las conductas que forman parte de la violencia física son: pellizcos, sacudidas, bofetadas, rasguños, empujones, apretar, dar tirones de pelo, puñetazos, puntapiés o patadas, arrojar objetos, arrancar la ropa, echar fuera de la casa, abandonar en lugares desconocidos, encerrar en el baño, dormitorio o cualquier otro lugar, arrojar sustancias tóxicas, escupir, orinar o ensuciar, hacer comer a la fuerza, atar o encadenar y quemar” (Roldán, 2001, pp. 54-55).

1.2.3 SEXUAL

Se define como cualquier manifestación de contenido sexual, donde se utiliza la intimidación, que implica desde agresiones físicas y/o verbales, hasta el hostigamiento sexual y la violación. Este patrón de conducta consiste en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generan dolor, practicar la celotopia, control, manipulación, soborno, amenaza, chantaje, intimidación, coerción, uso de la fuerza física o dominio de la pareja que generan 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; Martínez, 2001; Roldán, 2001).

La violencia sexual, ha sido perpetrada de diversas formas, que van desde su expresión verbal hasta daño físico y psicológico. Estas agresiones pueden presentarse como: insinuaciones; tocamientos de distintos tipos; el asedio sexual, obligar a la persona agredida por estas conductas a mirar, tocar o entrar en contacto con materiales pornográficos; posar para fotografías, películas o similares; ejecutar diversos tipos de actos sexuales no deseados o presenciarlos e inclusive la violación.

1.2.3.1 ABUSO SEXUAL

El abuso sexual es todo acto ejecutado que utiliza el poder y el sometimiento de contenido sexual contra una persona débil, ejemplo de esto es el abuso cometido por un adulto o adolescente sobre un niño para estimularse y gratificarse sexualmente; y puede o no incluir el coito (Roldán, 2001).

Islas (2000) señala las siguientes conductas relacionadas al abuso sexual: chantaje, besos, fuerza física, gestos, tocamientos de diversas partes del cuerpo, palabras, exhibicionismo, engaño y frases reiteradas de contenido sexual.

1.2.3.2 VIOLACIÓN

La violación es un acto de imposición y sometimiento, donde se utiliza la fuerza física o agresiones verbales para la introducción del pene en la vagina, el ano o la boca, así como la introducción de objetos o elementos distintos a éste (Roldán, 2001).

Ferreira (1996) e Islas (2000) coinciden al señalar las siguientes conductas relacionadas a este tipo de violencia: manoseo, tocamientos al cuerpo, asedio sexual en momentos inoportunos, tocamientos no agradables para la mujer, chantaje e insultos durante el coito, obligarla a desvestirse, obligarla a prostituirse o hacer el amor con otros hombres y forzarla a tener relaciones sexo genitales.

1.2.3.3 HOSTIGAMIENTO SEXUAL

El acoso u hostigamiento sexual, se refiere a relaciones de poder donde el dominante aprovecha su dominio con la finalidad de obtener “recompensas sexuales” ya sea en el trabajo, escuela, hogar o la calle.

Este tipo de violencia se manifiesta principalmente de hombres hacia mujeres, ocurre en la calle, transporte público, escuela, centro laboral y el hogar, el arma de ataque se encuentra basada en agresiones verbales y físicas con contenido sexual.

Las agresiones verbales incluyen piropos obscenos, bromas y comentarios sexuales, insinuaciones o proposiciones directas de tener relaciones sexo genitales, sarcasmos, insultos y gritos de contenido sexual no deseado. Las agresiones físicas son las señas, gestos, miradas lascivas, rozamientos, frotamiento, nalgadas, pellizcos, manoseos, abrazos y besos no deseados (Roldán, 2001).

Para Contreras (1990) algunas de las conductas masculinas como formas más habituales en las que se presenta este tipo de abuso son: proposiciones directas o indirectas de tipo sexual, invitaciones frecuentes a comer, bailar, cenar, con intención de llegar a una relación sexual, piropos agresivos, vulgares o de doble sentido, formas de mirar el cuerpo, manoseo, tocamientos al cuerpo, roces y saludos, frases de contenido sexual, chantaje, llamadas telefónicas obscenas, tocamientos no agradables para la mujer, abrazos, caricias y besos sin consentimiento, amenazas físicas y exhibicionismos.

Se presentaron los tipos de violencia más comunes que ocurren en cualquier lugar, a cualquier persona, en cualquier momento. Se mencionó que la violencia psicológica y la violencia emocional tienen una diferencia: la primera va de la mano de la violencia física, y la segunda ocurre individualmente, ejemplos son gestos, palabras, gritos, burlas, mentiras. Por otra parte, la violencia física incluye el contacto de una persona con otra, y se utiliza alguna parte del cuerpo u objeto para causar daño, ejemplos son empujones, bofetadas, golpes.

Finalmente, la violencia sexual es todo acto dirigido a dañar la integridad de la persona, pero en su intimidad, es decir incluye partes íntimas o sexuales de las personas, va desde el tocamiento, manipulación, chantaje, soborno y amenaza para tener contacto sexual, así como exhibicionismo, además puede incluir la violación. El hostigamiento sexual es muy común ser observado en la calle cuando a una mujer la miran lascivamente, le dicen palabras como “mamacita, te acompaño” y otras más desagradables.

A partir de la revisión de qué es la violencia, así como los tipos más frecuentes que se presentan, a continuación se presentan las posibles causas que ocasionan ésta.

1.3 CAUSAS

Rodríguez (1998) menciona que existen ciertos factores que propician que una persona pueda ser víctima de violencia. Factor victimogeno es todo aquello que favorece la victimización, o sea las condiciones o situaciones de un individuo que lo hacen proclive a convertirse en víctima. Existen diversas clasificaciones de factores victimogenos; algunos autores les llaman “predisposiciones”, otros “factores de riesgo”. Hay dos grupos: 1) factores Endógenos (ciertas deficiencias orgánicas) y 2) Factores Exógenos (de orden social).

Ramírez González (citado en Rodríguez, 1998) desarrolla el siguiente esquema:

Predisposiciones Biofisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Raza - Estado físico
Predisposiciones Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Profesión - Status Social - Condiciones económicas - Condiciones de vida
Predisposiciones Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Desviaciones sexuales - Estados Psicopatológicos - Rasgos de carácter

Figura 1. Muestra los tipos de predisposiciones que pueden presentarse al sufrir violencia (Fuente: Rodríguez, 1998)

Las predisposiciones biofisiológicas incluyen a la edad, ya que las personas entre 17 y 45 años son más propensas a sufrir violencia; el sexo es mencionado ya que las mujeres son mayormente violentadas, en comparación con los hombres. González (citado en Rodríguez, 1998) menciona a la raza como una predisposición, aunque desde la perspectiva de este trabajo no se concuerda con él ya que la violencia le puede ocurrir a cualquiera sin importar su origen; tal y como lo menciona Acosta (2006): la violencia abarca a todas las mujeres, sin que influya lugar de origen o pertenencia a alguna etnia.

En cuanto a la predisposición del estado físico, en este trabajo se concuerda, ya que las personas discapacitadas y ancianas, son más probables a ser dañados, pues no pueden defenderse. Esto se confirma con el artículo de González (2002) acerca de la violencia que sufren mujeres adultas mayores. En el artículo se menciona que la violencia es ejercida principalmente por los hijos, los tipos son la violencia psicológica, así como malos tratos, ejemplos: encierro, negativa a otorgar alimentos y despojo de la pensión o jubilación.

En este trabajo se coincide con González (citado en Rodríguez, 1998) en cuánto a las predisposiciones psicológicas en el caso de personas que sufran alguna enfermedad, como síndrome de Down, retraso mental; dentro de las desviaciones sexuales me parece no influir el hecho de pertenecer o preferir un sexo u otro; ya que el ser homosexual o lesbiana no predispone a sufrir violencia.

Los factores exógenos son aquellos que se encuentran fuera del individuo; pueden ser de muy diversa naturaleza: espaciales, temporales, sociales. Por ejemplo: estado civil, escolaridad, procedencia, la familia, espacio y tiempo y la profesión.

Los factores endógenos son los que están dentro del mismo individuo: factores biológicos, edad, sexo, personalidad, instintos, esfera afectiva, angustia que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impreciso; suele estar acompañado por alteraciones en el organismo, como ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire.

Además depresión, que es un trastorno afectivo en el que se pierde la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, con una disminución de la vitalidad acompañado de tristeza, inseguridad y cansancio exagerado; suelen aparecer sentimientos de culpa, visión muy sombría del futuro. Existen alteraciones en el sueño, el apetito y el deseo sexual. Finalmente la agresividad, que se debe principalmente a desajustes emocionales y puede ser una defensa sana contra una situación en la que se han franqueado los límites de uno mismo, invadidos o incluso amenazados.

Estos factores que menciona González (citado en Rodríguez, 1998) se mencionarán más adelante, junto con las estadísticas de violencia ocurrida.

Algunos factores de riesgo para sufrir violencia según Contreras (1990) son:

- Falta o baja competencia psicosocial: se refiere a las actitudes de seguridad, independencia, dominio, sociabilidad, asertividad y presencia social; ya que su actitud pasiva, miedosa y dependiente las coloca como blanco ideal.
- Salud mental: las personas depresivas o con antecedentes psiquiátricos son más vulnerables a sufrir ataques.
- Uso de alcohol o drogas: es más fácil dominar a una persona bajo efectos de químicos.
- Habilidades de pensamiento: se refiere a las habilidades que tenga la persona y sean adecuadas respecto a la toma de

decisiones y resolución de problemas. Si una persona es atacada y tiene buenas habilidades de pensamiento logrará planear su huida, no efectuará conductas inútiles; es decir reaccionará oportunamente ante señales de peligro. También incluye la actitud de distracción o estar alerta.

- Condición física: una persona enferma o débil, difícilmente logrará resistir exitosamente un ataque sexual, o una vez librado llegar a un lugar seguro.
- Nivel socio-económico bajo: este factor se relaciona principalmente con las condiciones bajo las cuales unas personas se transportan, por los lugares que transita, la seguridad o vigilancia de su barrio o colonia.
- Edad: en nuestra sociedad y en otras el promedio de edad de víctimas de violación es gente joven, entre 15 y 25 años, debido a que están más independientes de la familia, realizan muchas actividades al día en diferentes lugares y muchas de ellas lo hacen solas.

La violencia es multideterminada; esto es, cada episodio de violencia es causado por una combinación de factores más que por un solo factor. Algunos factores causales que han sido identificados son:

-Alcohol. El vínculo entre alcohol y abuso marital es firmemente establecido en las opiniones del público e individuos que presentan un abuso, quienes frecuentemente reportan episodios violentos ocurridos mientras ellos han estado bebiendo. El alcohol es identificado por tener un efecto psicológico directo en el bebedor que resulta en la liberación de violencia. La teoría de la conducta aprendida transmite esta interpretación para incluir variables psicológicas y contextuales. Desde este punto de vista, el ánimo de la persona, sus expectativas, historia pasada con alcohol, el ambiente, y las propiedades químicas del alcohol, son vistas como influyentes en la respuesta de la persona. De esta manera, el alcohol puede servir para excusar la violencia, por relevar a la gente de toda responsabilidad para su conducta violenta (Neidig y Friedman, 1984).

-Masculinidad compulsiva. Talcote y Parsons (1947; p. 12) sugieren que el vínculo entre el miedo femenino y agresión dirigida hacia la mujer es establecido porque los niños son inicialmente dependientes e identificados con sus madres. La representación femenina en alguna forma puede ser vista como debilidad. "Masculinidad compulsiva" entonces, es la tendencia para presentar una actividad excesivamente masculina (Neidig y Friedman, 1984).

Hotaling y Sugarman (1986; p. 377) en sus estudios identificaron algunas variables que pueden ser consideradas como características de las víctimas. Las variables incluyen por ejemplo: testimonios de violencia cuando eran niños, edad, raza, falta de asertividad, nula o poca educación, bajos ingresos, ingesta de alcohol, baja autoestima y expectativas del rol sexual tradicional (Ammerman y Hersen, 2000).

Las causas de la violencia sexual son la frustración sexual, alcoholismo, fármaco-dependencia, pornografía, neurosis aguda, frivolidad, desintegración familiar, penuria económica, entre otros factores de riesgo (Olivares, 2001).

Después de revisar las causas que ocasionan la violencia, el detalle que sobresale, es el uso de alcohol, así como el uso de poder para minimizar a la víctima. Pero ¿qué ocurre en las personas que han sufrido algún episodio de violencia?, es el siguiente tema a revisar. Esto es importante, ya que la diferencia de las personas ocasionara que en algunas las consecuencias sean más graves que otras. Las consecuencias se presentan en el ámbito psicológico, conductual, interpersonal, sexual y somático.

1.4 CONSECUENCIAS

Las consecuencias generadas en las víctimas son innumerables y se pueden encontrar en diferentes formas, dependiendo del tipo de maltrato, del grado y de las características del individuo que lo sufre, como sexo, edad, personalidad, habilidades, etcétera, por lo que varía en cada persona. (Martínez, 2001)

Olivares (2001) menciona que las consecuencias de la *violencia psicológica* son: sentimientos continuos de tristeza, aflicción, ansiedad y desesperación, así como sentimientos de culpa; estos ocasiona una autoestima baja; también hay un cambio en el apetito, ya sea que pierda o aumente de peso. Otras consecuencias que se observan son: trastornos en el dormir, una pérdida del deseo sexual, un vacío emocional y desinterés en las actividades, pues pierden la capacidad de concentrarse y tomar decisiones. También se presenta una fatiga constante, dolores de cabeza, náusea, indigestión. Algunos de los pensamientos más recurrentes son de muerte o suicidio o falta de deseo de vivir.

De acuerdo con Saucedo y Valladares (1994; citado en Roldán, 2001, p. 52) el daño en una víctima de violencia psicológica puede presentar seis diferentes modalidades:

Daño	Características
Conductual	<ul style="list-style-type: none">- Cambios en los patrones de alimentación- Sueño- Alteración del estilo de vida- Intentos suicidas- Abuso de alcohol o drogas- Conducta agresiva- Abandono emocional con los hijos
Afectiva	<ul style="list-style-type: none">- Ansiedad generalizada- Sensación de inseguridad- Tristeza- Hostilidad hacia los hijos- Depresión

Somática	<ul style="list-style-type: none"> - Palpitaciones - Pulso acelerado - Dificultades respiratorias - Temblores - Incontinencia - Fatiga - Baja de defensas
Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Disminución de las visitas a familiares o amigos - Distanciamiento emocional en general - Habla constante y obsesiva
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Vergüenza - Culpa - Baja autoestima - Ideaciones catastróficas - Angustia
Sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del deseo - Anorgasmia - Aversión sexual generalizada - Vaginismo - Dolor crónico en la pelvis

Figura 2: Muestra las seis modalidades en que se presentan consecuencias provocadas por la violencia psicológica (Fuente: Roldán, 2001)

De acuerdo con Ferreira (1996) las consecuencias de la *violencia física* se clasifican en tres tipos de daño: a) Físico: dolor del cuerpo, heridas internas, moretones en algunas partes, heridas que requieren costuras, en algunos casos desfiguración de rostro, quebradura de huesos, abortos. Además de inmovilización, hemorragias severas, discapacidad. Incluso se han reportado consecuencias como estado vegetativo y muerte. b) Psicológico: se presenta depresión, fobias, sentimientos de culpabilidad, miedo excesivo e inseguridad. c) Conductual: se han reportado el intento de homicidio de la víctima, mostrarse impulsivo, el alcoholismo, drogadicción e intento de homicidio del agresor.

Las consecuencias del **ABUSO SEXUAL** a corto y largo plazo son (Islas, 2000):

Daño	Características a Corto plazo	Características a Largo plazo
Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia temporal - Dolores de cabeza - Enfermedades venéreas - Lesiones Físicas - Muerte por rompimientos de órganos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis - Urticaria - Prurito - Reacción cutánea
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Miedo - Depresión - Confusión - Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de culpa - Bloqueo emocional - Sentimientos de rabia y humillación - Depresión crónica

Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de sueño - Trastorno intestinal - Aislamiento - Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Vagancia - Fuga del hogar - Bajo rendimiento escolar - Alcoholismo - Drogadicción - Promiscuidad - Prostitución - Suicidio
Sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores del aparato genital - Erotización excesiva - Masturbación - Repulsión a las relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Anorgasmia - Inhibición del deseo - Frigidez - Dispareunía - Vaginismo - Dolor crónico en la pelvis - Homosexualidad - Enfermedades venéreas

Figura 3: Se muestran las consecuencias a corto y largo plazo causadas por el abuso sexual (Fuente: Islas, 2000)

Las consecuencias que presenta el *abuso sexual* son de gran interés, ya que al presentarse en una persona la marca de por vida. Y como en el cuadro se observa, si no se les atiende en un corto plazo, las consecuencias después de más tiempo le ocasionaran que se sienta culpable, humillado y hasta con una depresión, así como puede caer en el alcoholismo, la drogadicción y la prostitución, sin dejar de lado el suicidio.

Contreras (1990) señala algunas de las consecuencias de la **VIOLACIÓN**:

Daño	Características a Corto plazo	Características a Largo plazo
Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones físicas - Embarazos no deseados - Trastornos intestinales - Trastornos genitourinarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumas físicos - Dermatitis - Urticaria - Prurito - Reacción cutánea
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión - Depresión - Ideas de persecución - Desconcierto - Miedo - Pánico - Terror - Apatía - Culpa - Incredulidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la sensación de seguridad - Auto devaluación - Sentimientos de rabia y humillación - Baja autoestima - Depresión crónica - Inseguridad
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - Conducta de evitación - Trastornos de sueño - Cambio en los patrones de alimentación - Cambios de humor 	<ul style="list-style-type: none"> - Deseos de venganza - Suicidio - Irritabilidad - Alcoholismo - Drogadicción - Prostitución

Sexual	- Contagio de enfermedades de transmisión sexual - Problemas sexuales - Vaginitis o cistitis - Trastornos genitourinario	- Vaginismo - Dispareunía - Anorgasmia - Frigidez - Inhibición de deseo - Miedo y repulsión a las relaciones sexuales
Interpersonal	-Rechazo al sexo masculino -Sentimientos de rechazo social	- Problemas familiares, sociales y legales - Miedo a relacionarse

Figura 4: Muestra las consecuencias a corto y largo plazo ocasionadas por la violación (Fuente: Contreras, 1990)

Finalmente, las consecuencias de una *violación* son altamente observadas, ya que una persona violada tiene una serie de cambios en todos los aspectos que conforman su vida diaria. Del mismo modo que el abuso sexual, si la persona violada no es intervenida de manera oportuna, los daños ocasionados pueden agravarse con el tiempo. En primera instancia se presenta una depresión, miedo, culpa, terror, incredulidad, así como aislamiento, trastornos de sueño, cambios de humor y en la alimentación; también pueden presentarse contagio de enfermedades de transmisión sexual y sentimientos de rechazo social.

Con el paso del tiempo, las consecuencias ocasionadas son: auto devaluación, sentimientos de rabia y humillación, baja autoestima e inseguridad; también deseos de venganza, alcoholismo, drogadicción y prostitución. Sin olvidar el miedo y repulsión a las relaciones sexuales y miedo a relacionarse emocionalmente.

Las consecuencias del **HOSTIGAMIENTO SEXUAL** (Roldán, 2001) son:

Daño	Características
Psicológico	- Conducta de alerta - Deterioro de la sensación de seguridad - Auto devaluación - Sentimientos de rabia y humillación - Baja autoestima
Conductual	- Culpa - Aislamiento - Conducta de evitación - Deseos de venganza - Miedo a salir a la calle - Rechazo al sexo masculino
Interpersonal	- Sentimientos de rechazo social - Renuncia al empleo - En el ámbito escolar, reprobar - Problemas familiares, sociales y/o legales

Figura 5: Muestra las consecuencias provocadas por el hostigamiento sexual (Fuente: Roldán, 2001)

El *hostigamiento sexual*, como ya se mencionó, es muy propenso a presentarse en la calle, en el transporte público y como se observa las consecuencias son muy diversas. Ocasiona que la persona siempre esté en alerta, además de que se deteriore la sensación de seguridad llama la atención. A largo plazo esto puede ocasionar que la persona ya no quiera salir a la calle, al trabajo, ya que se presenta un miedo y un rechazo social que le ocasionarán otra serie de conflictos en otras áreas como familiares y sociales.

1.5 ESTADÍSTICAS

La violencia como ya se mencionó se presenta en cualquier época, lugar y tiempo y ataca a cualquier persona, aunque de acuerdo a bibliografía revisada de casos de violencia, se encontró que la personas que mayormente sufren de violencia son las mujeres.

Por ejemplo, en los datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH) se encontró que del total de mujeres en el país (19,471,972), el 46.55 % presentan algún incidente de violencia. Del total de mujeres con al menos un incidente de violencia (9 064 458) el 38.38% ha sufrido violencia emocional; el 9.31% violencia física y el 7.84% reporta violencia sexual.

Por otro lado, las estadísticas de Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres (COVAC), en relación a la violencia que viven las mujeres, señala que “las manifestaciones más frecuentes son físicas (81%) mediante golpes en el cuerpo (42%), violación sexual (32%), golpes en la cara (28%) y limitación en el gasto (17%). En forma verbal (76%) el maltrato hacia las mujeres se da también a través de gritos (42%), insultos y groserías (23%) que se presentaron como ofensas sobre el cuerpo y sobre la familia” (Islas, 2000; pp. 40).

Aunque no se deja de lado la violencia que sufren los hombres. De hecho, el Procurador General de Justicia en el Estado de México, Alfonso Navarrete, rechazó que la entidad ocupe uno de los primeros lugares en crímenes contra mujeres, y aseguró que por el contrario la violencia contra hombres aumentó 20 por ciento. Comentó que en los últimos años por cada homicidio contra féminas que se cometen ha habido tres homicidios dolosos contra hombres, y casi todos son producto de problemas pasionales. Sin embargo, esto no descarta la mayor cantidad de violencia contra las mujeres (Notimex, 2002).

Durante 1997 en el COVAC, el número de casos atendidos fue de 1044 mujeres. Los resultados obtenidos fueron: en cuanto a las características de las mujeres, 74% se centra entre los 26 y los 45 años. En cuanto a la ocupación de las mujeres, más de la mitad (52%) son amas de casa y por lo tanto no reciben ningún ingreso salarial. 78% de las mujeres respondieron estar casadas y 13% vive en unión libre. La situación económica de las mujeres es en mayor porcentaje (72%) de clase media y baja (7%) de posición desahogada. El más alto número de casos es de familias con hijos (92%). En cuanto al tiempo de vivir con el compañero, 50% de las mujeres se ubica en el rango de 11 a 30

años, el tiempo de vivir violencia generalmente es de 5 a 15 años (60%) (Islas, 2000).

Las mujeres en el COVAC reportan que el primer incidente, el más común o grave de violencia que recuerdan es la violencia física, como golpes, puñetazos, jalones, bofetadas. El 72% sufrió violencia emocional como insultos, amenazas, devaluación, chantajes, burlas, infidelidad, indiferencia y amenazas de muerte, entre otros. La violencia sexual se reporta en el 7% de los casos, incluyendo el insulto de "prostituta", obligarlas a tener relaciones (28%) y cuestionamientos con respecto al ejercicio de su sexualidad (Islas, 2000).

Por otra parte, el Instituto de Formación Profesional de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, dirigido por el Dr. Tocavén García, realizó una investigación para conocer la dimensión y características del problema de maltrato físico a mujeres en el seno del hogar (Rodríguez, 1998).

Del total de casos (502), las lesiones son leves en un 56.57%. De los medios materiales de agresión, el 96.62% son las manos, no hay utilización de armas. La mayoría de los golpes son en la cara, la cabeza y brazos. La intención no es realmente lastimar, lesionar, dañar o matar, sino imponer dominio, demostrar superioridad (Rodríguez, 1998).

Las características fundamentales de la víctima son las siguientes:

Edad: mujeres con edad superior a la media (30 años).

Estado civil: una de cada 4 víctimas esta unida en concubinato, 3 de 4 están casadas.

Origen: la mayoría (68.53%) son originarias del D. F.

Hijos: la gran mayoría (92.43%) tienen hijos.

Escolaridad: el 22.12% tiene menos de primaria; el 26.30% termino la primaria.

Ocupación: la mayoría (61.51%) están dedicadas a labores domésticas en su hogar.

Estos resultados encontrados, traen a colación las predisposiciones biofisiológicas (edad, sexo, raza y estado físico) y sociales (profesión, status social, condiciones económicas y condiciones de vida) que menciona González (citado en Rodríguez, 1998), se observa que el sexo más violentado son las mujeres, de hecho fue a ellas a quienes se les hizo la investigación. En cuanto estado civil no hay mucha diferencia, aunque estos datos muestran que las predisposiciones influyen de alguna manera.

Los datos reportados en esta investigación son recurrentes de violencia intrafamiliar, pero no por ello se trata de indicar que no hay otro ámbito donde se presenta la violencia. Las estadísticas, por ejemplo, no reportan la violencia sexual, presentada como hostigamiento sexual, en la calle o transporte público. Cabe aclarar que esto no debe dejarse de lado, solo que no hay números que los reporten.

Jiménez (2005) menciona en su artículo que en las vías públicas de Cd. Juárez, Chihuahua, es común observar como los hombres ven a una mujer sola caminar por la calle y empiezan a acosarlas, diciéndoles: “Mija, mamacita, madrecita, ruca, buenota, chola, naca, india” Estos acontecimientos estimulan que las mujeres comiencen a vestirse de manera holgada, con la finalidad de no llamar la atención de los hombres, dejando de lado los derechos a los que son merecedoras, ya que las agresiones y la inseguridad se encuentran presentes a cualquier hora del día y en cualquier lugar.

Al revisar el tema de violencia se observó que ésta es cualquier acto de uso de fuerza y poder para someter a otro. Los tipos de violencia más comunes que ocurren son la física: daño a la integridad física del otro encaminado a su sometimiento y control. Violencia psicológica: uso de expresiones verbales y no verbales para dañar el autoestima del otro. Violencia sexual: cualquier manifestación de contenido sexual, donde se utiliza la intimidación para satisfacer el placer de una persona. Dentro de este tipo de violencia sexual se presenta el hostigamiento, el abuso y la violación.

Entre las posibles causas que originan la violencia están: edad, sexo, personalidad, estado civil, escolaridad, procedencia, profesión, salud mental y la ingesta de alcohol. Cabe mencionar que estos son llamados factores de riesgo, ya que en la mayoría de los casos, estas características se presentan con regularidad.

Las consecuencias que ocasiona la violencia son dependiendo del tipo de violencia. Pero las más recurrentes que se han observado son: cambios en la alimentación, el sueño, estilo de vida, ansiedad, tristeza, temblores, palpitaciones, aislamiento, vergüenza, culpa, angustia, anorgasmia, vaginismo, autodevaluación, sentimientos de humillación y rabia, así como intentos suicidas y hasta la muerte.

Las estadísticas presentadas muestran que la violencia se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque el mayor número de casos se reportan en referencia al “sexo débil”. Por este motivo en el siguiente capítulo se detallará la violencia contra las mujeres.

CAPITULO 2. VIOLENCIA EN LAS MUJERES

Tanto las mujeres como los varones suelen ser objeto y sujeto de violencia, aunque la situación de subordinación social de la mujer favorece que ésta se transforme, con mucha mayor frecuencia, en la destinataria de violencias estructurales y coyunturales.

Uno de los principales efectos de las violencias cotidianas contra las mujeres es la desposesión y el quebrantamiento de la identidad que las constituye como sujetos. La violencia transgrede un orden que se supone debe existir en las relaciones humanas. Es una estrategia de poder que imposibilita pensar y coacciona a un nuevo orden de sometimiento a través de la intimidación y la imposición que transgrede la autonomía y la libertad del otro (Velázquez, 2003).

La violencia es mencionada en diversas religiones, mitos y en diferentes sucesos históricos. Constantino el Grande, considerado el primer emperador cristiano de Roma, asesinó a su esposa Fausta, hija de Maximiano, con quien contrajo matrimonio por poderes en el año 298 siendo ella una niña, para asegurar su imperio. La torturó y escaldó en una caldera de agua hirviendo lentamente sobre fuego de leña, cuando ya no le servía para apoyarlo.

Un rito muy antiguo de Arabia Saudita y de los Emiratos Árabes, que todavía está vigente, contemplaba la lapidación de las adúlteras en una plaza destinada a tal efecto. Las víctimas eran enterradas en el suelo, dejándoles únicamente la cabeza fuera. Los varones llamados santos se situaban en semicírculo alrededor y lanzaban piedras, de un tamaño y color especialmente determinados, hasta matar a las enterradas.

En el Deuteronomio entre diversas leyes y ordenanzas, una de ellas castiga a la mujer con la mutilación si, viniendo a rescatar a su esposo en la lucha con otro hombre, toca los genitales del oponente: “Entonces se le cortará la mano, los ojos no tendrán piedad de ella”. Fuentes históricas aseguran que el 80% de las personas torturadas y muertas en la hoguera fueron mujeres. Entre 1450 y 1800 murieron quemadas en Europa entre dos y cuatro millones de mujeres (ibidem).

La caza de brujas comenzó en el siglo XIII y continuó durante quinientos años. La más feroz fue entre 1500 y 1700, período en que perecieron en la hoguera un millón de mujeres. Las máscaras de “cabeza de cerdo” existieron entre 1500 y 1800, con variadas formas artísticas. Para su escarnio. Se las colocaban a mujeres acusadas de adulterio o de dudosa preñez o de hablar en la iglesia o de no guardar silencio públicamente ante sus maridos. Se las paseaba por las calles del pueblo en un carro para que la gente se riera de ellas o les tirara objetos para repudiarlas.

En China, el infanticidio femenino, mediante el ahogamiento de los bebés de este sexo, fue un método utilizado en las zonas rurales para desembarazarse del exceso de bocas que alimentar. Las madres eran maltratadas, humilladas,

injurias y a veces golpeadas hasta la muerte por no haber sabido concebir al deseado hijo varón.

En ningún momento las mujeres han quedado fuera del ámbito de la violencia, siempre debieron enfrentarse, en cualquier esfera de sus vidas, con condiciones sociales, culturales, económicas y políticas desiguales (ibidem).

La violencia contra las mujeres es la mayor atrocidad cometida contra los derechos humanos en nuestros tiempos. Desde que nacen hasta que mueren, tanto en tiempo de paz como en la guerra, las mujeres se enfrentan a la discriminación y la violencia del Estado, la comunidad y la familia. El infanticidio femenino priva a innumerables mujeres de la vida misma. Cada año, millones de niñas y mujeres sufren violaciones y abusos sexuales a manos de familiares, hombres ajenos a la familia, agentes de seguridad o combatientes armados (Amnistía Internacional, 2004).

Las estadísticas de violencia contra las mujeres ponen al descubierto la existencia de una tragedia de dimensiones mundiales desde el punto de vista de los derechos humanos. Al menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, obligada a mantener relaciones sexuales o sometida a algún otro tipo de abusos en su vida, según un estudio basado en 50 encuestas de todo el mundo.

La causa subyacente de la violencia contra las mujeres es la discriminación, que les niega la igualdad respecto de los hombres en todos los aspectos de la vida. La violencia tiene su origen en la discriminación y a la vez sirve para reforzarla, impidiendo que las mujeres ejerzan sus derechos y libertades en pie de igualdad con los hombres

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas, afirma que esta violencia “constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre” y que “la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre” (ibidem, pág. 35).

En muchas sociedades las mujeres y las niñas no pueden elegir con quién se casan. Los matrimonios forzados son una práctica extendida, a pesar de que el derecho internacional de derechos humanos dispone que todas las mujeres tengan derecho al matrimonio con consentimiento mutuo. Además los casamientos a temprana edad son habituales en algunos países, a pesar de que, al no estar las niñas en condiciones de dar su consentimiento con conocimiento de causa a las relaciones sexuales, violan la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, tratado ratificado por prácticamente todos los países del mundo.

La violencia contra las mujeres amenaza su integridad física. El derecho de una mujer a controlar su cuerpo, incluida su sexualidad y su reproducción, es un derecho humano básico. El hecho de que esto no se reconozca permite la

existencia de prácticas que causan daño a la mujer y, a veces, conceden primacía al poder y la tradición frente al bienestar individual (ibidem).

La violencia es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades. Adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto. Afecta tanto a los hombres como a las mujeres de todas las edades. No obstante, existen diferencias importantes entre las mujeres y los hombres en lo que se refiere a la forma, la naturaleza y las consecuencias de la violencia (García, 2000).

La violencia contra la mujer es un problema complejo y multidimensional. Existen factores individuales, familiares y sociales que sitúan a la mujer ante el riesgo de sufrir actos violentos. La violencia contra la mujer esta imbricada en las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre los hombres y las mujeres y que perdonan e incluso favorecen la discriminación contra la mujer.

La violencia contra las mujeres afecta a todas las esferas de sus vidas: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Aumenta su riesgo frente una amplia gama de resultados sanitarios negativos incluida la muerte. Las normas y los valores relacionados con los géneros que sitúan a la mujer en una Posición subordinada con respecto al hombre mantienen y refuerzan la violencia contra ella.

El contexto cultural específico desempeña un papel importante a la hora de definir los mecanismos por los que la desigualdad de géneros y otros factores influyen en la violencia. Según la revisión del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, varios estudios confirman el hecho de que “los hombres criados en estructuras familiares patriarcales en las que se estimulan los papeles tradicionales de los géneros tienen mayores probabilidades de convertirse en adultos violentos, de violar a mujeres que conocen y de golpear a sus compañeras íntimas, en comparación con los hombres criados en hogares más igualitarios” (García, 2000, pág. 19 y20).

2.1 CAUSAS

México, al igual que otros países del mundo, sufre de la problemática de la violencia, la cual afecta a una gran cantidad de mujeres y a la sociedad en su conjunto. La violencia masculina contra las mujeres es la forma más común de violencia directa y personalizada, pocas son las mujeres que se libran del alcance de la agresión masculina, que va desde la violencia psicológica, física, hasta el acoso sexual, por mencionar algunas, quedando como muestra del “poder masculino” que existe en nuestra sociedad (Roldan, 2001).

Las mujeres que sufren violencia son ciudadanas devaluadas, por lo que participan menos que las mujeres que no han sido maltratadas, tienen niveles más bajos de educación y se enferman con mayor frecuencia, física y mentalmente. Los días de trabajo que pierden debido a la enfermedad y

vergüenza o por estar buscando solución a sus problemas legales se traducen en altos costos sociales (Duarte y Gonzáles, 1997).

Los rasgos que definen a las mujeres en una sociedad patriarcal son: en primer lugar la dependencia afectiva extrema hacia las personas que nos rodean, en especial, las figuras masculinas altamente idealizadas. Esta idealización ubica como sujeto-referencia al hombre y a la mujer como subordinada a él; roles establecidos por la norma social patriarcal. En segundo lugar, la pasividad, o sea, el esperar que los demás resuelvan el problema. En tercer lugar una marcada y enorme tendencia a la autoculpabilización (Olivares, 2001)

Las causas que se presentan para que ocurra la violencia son:

- Manejo de poder. Hay una superioridad masculina, se desvaloriza a mujeres, niños. Es una costumbre cultural.
- Imposición y/o aceptación de los roles sexuales tradicionales. Desde el nacimiento se asignan los roles que deberemos adoptar dependiendo del sexo biológico al que se pertenezca:
 - Hombre: fuerte, valiente, autoritario, independiente, activo, audaz, agresivo, violento, poderoso.
 - Mujer: sumisa, pasiva, coqueta, débil, sensible, sentimental, miedosa, mártir.
- Deficiencias en la educación sexual. Se carece de información de cualquier aspecto de la sexualidad. Existen dos tipos de educación, la formal (la que se obtienen en el colegio, cursos y talleres) y de la informal (obtenida por medio de la familia, amistades y medios de comunicación social).
- Desigualdad de poder. Es un producto social dentro del cual existe una desigualdad social, una imposición del más fuerte sobre el más débil.
- Medios masivos de comunicación. La exposición de material violento a la sociedad es causante de insensibilidad frente a actitudes respecto a la violencia hacia la mujer, ya que refuerza aun más los valores y creencias existentes de que “la mujer disfruta mientras es violada”, “ella lo provoca”, “se lo merecía por andar de loca” y además “desea ser forzada al sexo”.
- Factores económicos. La violencia aumenta cuando hay condiciones de crisis económica.
- Los mitos que existen justifican socialmente la violencia contra las mujeres, hacen ver el problema como natural o deseado por la víctima, rechazan a la víctima y la culpabilizan de lo sucedido, además ven el problema como algo lejano, ajeno o particular, se niegue su gravedad, y no se denuncia.

Como se puede notar estas causas son factores sociales que se han estado transmitiendo por generaciones y forman parte de la cultura de las personas.

Así mismo se han generado en nuestra sociedad algunos mitos o ideas erróneas, los más comunes son:

- La mujer provoca la violación.
- Cuando una mujer dice no, en realidad quiere decir si.

- Solo las mujeres jóvenes, atractivas y que visten provocativamente se les ataca sexualmente.
- Los hombres tienen impulsos sexuales incontrolables.
- La mujer desea y goza la violación.
- La mujer que se resiste no puede ser violada.
- Las mujeres que levantan una denuncia por violación son mujeres que después del acto cambiaron de idea.
- La violación es un acto puramente sexual.
- La violación sucede en estratos socio-económicos bajos.

Aunque estos mitos estén íntimamente relacionados con la violación, son un claro ejemplo de cómo los factores sociales influyen en la violencia contra las mujeres. Cómo puede creerse que la mujer provoque el ser violada, y que la forma de vestir influya. En tiempos pasados, a lo mejor esto era verdad y se mencionaba por todos lados, ahora se observa que no importa si la mujer lleve falda corta o larga o que use pantalón, así como es mentira el que solo se presente en estratos sociales bajos. La violación y cualquier otro tipo de violencia no escoge a ciertas mujeres, son dañadas por igual.

En el entorno familiar la violencia contra la mujer está muy ligada a la dependencia económica, es decir, las mujeres soportan los malos tratos, golpes e insultos del esposo que los mantiene porque sienten que no pueden vivir de otra manera. No solo la dependencia económica en la pareja mantiene esta conducta destructiva, también la dependencia psicoemocional (Olivares, 2001). El hombre es, tradicionalmente, educado para ser fuerte, independiente, cualidades que le permitirán llevar a cabo su responsabilidad de sostener y proteger a sus familias, pero también en muchos casos se creen dueños de ellas (Neidig y Friedman, 1984).

En las mujeres agredidas se encuentra con mayor frecuencia las siguientes características: alta dependencia emocional, baja autoestima, existencia de roles muy estereotipados, miedo, falta de redes de apoyo, son mujeres que han desarrollado dependencia a sustancias adictivas, comiendo en exceso para "olvidar" la realidad y para insensibilizar el vacío emocional; niega la posición de víctima de la que es presa, sintiéndose responsable de la agresión, se despersonaliza, presenta aislamiento social (Olivares, 2001).

Históricamente ha existido una desigualdad entre el hombre y la mujer; desde tiempos primitivos el hombre y la mujer tenían que desempeñar actividades, siendo la mujer la que comenzó a quedarse en casa cuidando y criando a los niños, y el hombre saliendo a cazar animales. El manejar armas y traer la comida al hogar daba mucho poder socialmente; poder que ha sido conservado a través de las formas de endoculturación y reforzado a través de películas, canciones, cuentos, chistes, entre otros (Martínez, 2001).

Esto ha originado que se haga uso de la violencia, considerada hasta cierto punto una actitud normal, incluso es tan común que el marido le pegue a su mujer que se llega a pensar que sufrir golpes es parte de ser mujer.

La mujer ha sido blanco de varias formas violentas en diversos lugares del mundo y en diferentes etapas de su ciclo vital. En culturas como en China, India y República Checa hay una preferencia por el nacimiento de hijos varones y los padres llegan a eliminar a las niñas a través del infanticidio o el aborto selectivo.

Desde la infancia en algunos lugares las niñas son discriminadas y reciben menos alimentos, educación y atención médica que los varones. Durante la adolescencia muchas de las mujeres son abusadas por parte de compañeros del sexo opuesto, incluyendo la violación durante una cita amorosa.

Comúnmente se puede ver el asedio sexual y violación hacia las mujeres en varios lugares tales como la vía pública, la escuela y el trabajo, también la prostitución forzada y el tráfico de mujeres. Ejemplo de estos hechos es cuando una mujer va por la calle y los hombres le gritan palabras obscenas o llegan a tocarla. Otro ejemplo es cuando en el trabajo se sufre acoso sexual, es decir cuando el jefe o alguien con poder amenaza a la mujer para no quitarle el empleo a cambio de algo que atenta contra la integridad física o moral de ésta. En el matrimonio muchas de las mujeres son embarazadas y después abandonadas, asimismo las viudas y ancianos han sido víctimas del abuso sexual.

Los roles genéricos que se han manejado en las mujeres durante el transcurso de su vida desde que son hijas, esposas, madres, concubinas o viudas, es el estar subordinadas a los hombres teniendo que atenderlo y obedecerlo. Se les educa para desarrollar su sensibilidad, ternura, pasividad y dependencia hacia ellos; también se les inculca que sus principales valores están en el dolor, el sufrimiento, el heroísmo y en ser víctimas (Martínez, 2001)

En los años setenta los movimientos feministas comenzaron a impulsar el uso de la categoría de género con la finalidad de marcar una diferencia entre las construcciones sociales y culturales de la biología; suponían que con la distinción entre sexo y género se podían enfrentar mejor el determinismo biológico y se ampliaba la base teórica a favor de la igualdad de las mujeres (Roldan, 2001).

Actualmente el término de género es relacionado a hablar de mujeres. Una de las ventajas de usar el término de género para designar las relaciones sociales entre los sexos es mostrar que no hay un mundo de las mujeres aparte del mundo de los hombres que la información sobre las mujeres implica necesariamente información sobre los hombres.

El género es una construcción que corresponde a una interpretación social de lo biológico basada en la anatomía de los sujetos, pero va más allá de lo biológico, y el hablar de género no incluye solo al sexo femenino sino que estudia a lo que esta "etiquetado" como masculino y femenino.

La diferencia sexual ha sido manejada como sinónimo de desigualdad social, al tratar de hablar de igualdad entre los sexos se refiere principalmente a la desigualdad de las mujeres en relación con los hombres. Esta diferencia

siempre ha sido utilizada para justificar la subordinación femenina utilizando argumentos como “la mujer es débil y jamás podrá cargar lo que un hombre”, “la mujer no sabe desenvolverse en espacios públicos”, “la mujer solo sirve para tener hijos”, por citar algunos.

Las mujeres no tienen la debilidad, la sumisión, la dependencia, determinadas en su condición genital, la obtienen en función de la sociedad en la que se desarrollan, ya que al nacer con el sexo femenino se les moldea con ciertas características que socialmente se reconoce como minimizadas y devaluadas.

La conducta violenta constituye uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad. No es raro enterarnos de ella, a través de los medios de comunicación como radio o televisión, los cuales mencionan casos de hombres muertos, mujeres golpeadas, asaltos, injusticias, guerras (Roldan, 2001).

2.2 CICLO DE LA VIOLENCIA

Se ha mencionado que existe una explicación del por qué algunas mujeres, a pesar de sufrir violencia siguen viviendo o aceptado a su pareja y es llamada “Ciclo de violencia”: existe un proceso reiterado y que cumple con ciertas etapas, el cual ha permitido comprender cómo una relación amorosa ingresa en la violencia y cómo a una mujer maltratada (física, psicológica y sexualmente) se le dificulta desprenderse de ese vínculo (Islas, 2000).

Leonore Walter (citado en Neidig y Friedman, 1984) plantea que el ciclo de violencia se caracteriza por tres fases:

1. Acumulación de tensión.
2. Episodio violento
3. Fase de reconciliación (“Luna de miel”)

La primera fase es cuando la situación de la relación comienza a cambiar, algo no anda bien, se acumulan tensiones y disgustos, hay disconformidad con ciertos aspectos de la convivencia, algún problema económico, familiar o laboral o bien no existe motivo aparente; se inician las agresiones sutiles de tipo psicológico, como burlas, humillaciones, críticas, desprecio por ciertas cualidades físicas e intelectuales.

En esta etapa las consecuencias psicológicas en la mujer son de culpa, confusión y justificación a la actitud de su compañero. La mujer reacciona con una actitud cariñosa, complaciente.

La segunda fase se caracteriza por la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas en la fase anterior, que va desde una serie de pellizcos o empujones, bofetadas, torceduras, patadas, puñetazos, golpes con la mano o con objetos, torturas con instrumentos o quemaduras que pueden llegar a provocar lesiones internas o incluso abortos, desfiguraciones u el homicidio. Esta violencia se encuentra hilada a maltrato emocional: insultos, amenazas, chantajes, gritos, ataques verbales, degradación de la integridad de la mujer.

En esta etapa la mujer no cuenta con los elementos para evitar la agresión y cuando ésta termina, ella está conciente de todo lo ocurrido. Los síntomas que presenta incluyen indiferencia, depresión, sentimientos de desamparo, tiende a aislarse durante las horas posteriores y llegan a transcurrir días para que solicite ayuda. La mujer maltratada llega a justificar esta conducta, incluso llegando a considerar que es normal ante los problemas que se presentan en una pareja.

La tercera fase comienza con un período de calma agradable y de promesas denominado como "Luna de miel" o fase de reconciliación. Esta fase se caracteriza por arrepentimiento y demostración de afecto por parte del agresor, intenta reparar el daño; se comporta de manera encantadora y cariñosa, se disculpa por su proceder y manifiesta sentir culpa por su comportamiento, asegurando que no volverá a ocurrir. Él mismo cree que no lastimará otra vez a la mujer que ama; se las ingenia para convencerse de que esta vez sea así.

El ciclo de violencia es considerado como un fenómeno con caracteres cíclicos y su intensidad es creciente en episodios violentos, por lo tanto las consecuencias psicológicas, físicas y sociales van afectando paulatinamente la integridad de la mujer.

Dentro de la violencia intrafamiliar se puede presentar este ciclo de violencia y se nota cómo a pesar de que una mujer sufre violencia sigue estando con la pareja y *aguantando* la situación. La mención del ciclo de violencia no implica que solo nos estemos refiriendo a violencia intrafamiliar, ya que se habla de la violencia en todos los ámbitos sociales.

Al revisar las posibles causas que ocasionan la violencia contra las mujeres, llama la atención un punto: las mujeres no por pertenecer a esa condición genetal deben sufrir violencia. La sociedad es la que ha moldeado características devaluatorias y minimizadas hacia las mujeres, además ha hecho creer que el hombre es fuerte, poderoso y tiene el *don* de hacer menos a la mujer. Así que este punto bien debería de ser modificado.

2.3 EFECTOS

Pero que es lo que ocurre cuando una mujer es golpeada por su esposo o novio, o cuando le gritan o insultan. ¿Sufrir algún daño? La respuesta es sí. A continuación se presentan los efectos psicológicos, físicos y sociales que la violencia ocasiona en la mujer.

2.3.1 PSICOLÓGICOS

Los efectos psicológicos que la mujer presenta son: pensamientos depresivos como el sentimiento de culpa y responsabilidad de las situaciones en las que se encuentra la víctima; sentimientos de impotencia para resolver dichas situaciones, de no poder cumplir sus expectativas y la de los demás, sintiéndose incapaz de ser feliz; apareciendo sentimientos de profunda tristeza.

Pérdida del sentido de la vida, falta de proyectos o expectativas, etcétera (Ferreira, 1996)

Las víctimas también pueden sentir vergüenza al confesar su situación de maltrato, puesto que llegan a creer que solo a ellas les sucede. Llega a existir odio y resentimiento hacia el agresor y las situaciones que se viven, e incluso presentarse sentimientos de amor y odio, así como preocupación exagerada y desesperación por la situación, lo que en ocasiones manifiestan con llanto continuo (González y Taris, 1985)

También se presentan una variedad de miedos, como el miedo a las personas agresoras, miedos anticipatorios ante la presencia de personas extrañas y, ante las que tienen características similares al agresor, ya que en ocasiones llegan a generalizar el trauma (Ferreira, 1996)

Autoestima

La autoestima disminuye puesto que las agresiones psicológicas debilitan y devalúan su autoconcepto haciéndola sentir sin o con muy poco valor, olvidándose de su cuidado personal y sufriendo de mucha amargura (Ferreira, 1996)

Estrés

Además se genera cierta ansiedad y angustia debido al constante estrés al que se exponen al ocurrir episodios violentos, manifestándose en situaciones donde se encuentran personas o situaciones extrañas, por lo que en ocasiones mejor lo evitan. En las mujeres se puede manifestar ansiedad por falta de actividad sexual (Osorio, 1990)

También se puede dar una falta de concentración y de memoria, debido a los recuerdos recurrentes de episodios violentos, de preocupaciones.

Disfunciones sexuales y aislamiento

Los efectos de la violación son muy variables, ya que influye el estado de ánimo, la conducta, el auto, concepto y la sintomatología física de la víctima; estas variables pueden ejercer influjo sobre el funcionamiento tras una violación, incluyen historia previa de la mujer, su nivel de funcionamiento y de habilidades de afrontamiento, diversos aspectos de la agresión, distintos sucesos ambientales, la reacción de las personas significativas de su entorno y su acceso a las estructuras de apoyo social (Roldán, 2001).

Cambios de humor

Asimismo pueden aparecer reacciones exageradas como arranques de enojo, irritabilidad, constantes cambios de humor e hiperactividad (Trujano, 1997).

Islas (2000) categoriza en subsistemas las consecuencias de acuerdo con el perfil de personalidad CASIC propuesto por Slaikeu:

Modalidad	Consecuencias
Conductual	Alteraciones en el sueño, abuso de alcohol o drogas, reproducción de violencia, autodestrucción, intentos de suicidios o acciones suicidas, abandono del trabajo remunerado, desórdenes en el apetito (comer en exceso o dejar de comer)
Afectivo	Sentimientos de soledad, ansiedad, depresión, angustia, tristeza, miedo a regir su vida sin apoyo, bloqueo emocional, culpa, enojo, confusión, inseguridad, ataques de pánico, sentimientos de desvalorización personal, fobia, temor, resentimientos, odios.
Somático	Dolores de cabeza, de estómago, migraña, colitis nerviosa, fatiga física, problemas en la piel, gastritis, diabetes, alteraciones en presión arterial, enfermedades nerviosas.
Interpersonal	Dependencia de su pareja, de los familiares, hijos y amigos, aislamiento, renuencia a pedir ayuda a instituciones, poca socialización, miedo a las demás personas.
Cognoscitivo	No-aceptación de sí misma, perspectivas de un futuro aterrante, concebir la violencia como natural, autodevaluación, salirse de la casa, baja autoestima (piensa que no vale, que es tonta), tendencia al suicidio.

Figura 6: Muestra cada una de las modalidades con sus respectivas consecuencias (Fuente: Islas, 2000)

2.3.2 SOCIALES

Se pueden identificar deficiencias para la resolución de problemas que se susciten en el ámbito social, así como una deficiencia en la relación con sus compañeros y en las actividades laborales; ya que al no aceptarse a sí mismas, las hace aislarse de los demás. En el ámbito laboral, la falta de concentración, las tensiones por citar algunos; producen un deterioro en la capacidad del trabajo y por lo tanto, un bajo rendimiento y productividad. Además estas personas son introvertidas ya que su inseguridad y temor les hace permanecer alejadas de los demás (Osorio, 1990; Trujano, 1997)

Consecuencias sociales de la violencia (Islas, 2000):

Sistemas sociales	Consecuencias
Familia	Culpabilizar a la mujer, ignorarla, hacerla responsable de la violencia que recibe, rechazarla, aislarla.
Trabajo	Ausentismo, bajo rendimiento, aislamiento, pocas oportunidades de empleo, despidos, agresión hacia los hombres.
Escuela	Bajo rendimiento, abandono escolar, ausentismo, baja participación, poca concentración, agresión social.
Comunidad	Aislamiento, ser rechazadas por algunas personas, poca socialización, estigmatizarla y críticas constantes.

Figura 7: Muestra las consecuencias sociales de la violencia. Fuente: Islas, 2000.

2.3.3 FÍSICOS

Se destacan los moretones en diferentes partes del cuerpo, magulladura, mordeduras, heridas, quemaduras, hinchazones, falta de piezas dentarias, rupturas de huesos, lesiones en articulaciones, pérdida parcial o total de la vista y audición, y lesiones en partes íntimas (Ferreira, 1996; Osorio, 1990; Trujano, 1997).

Las mujeres pueden consecuar abortos espontáneos, productos de bajo peso al nacer, complicaciones durante el parto y puerperio, riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y, en los casos extremos la muerte (Osorio 1990).

Incluso las víctimas pueden recurrir al suicidio ya que esta es para ellas una forma liberadora de la opresión vivida, o por el contrario la víctima llega a matar al agresor como única salida a su situación mediante el envenenamiento, puñaladas, balazos, etcétera (Ferreira, 1996; Osorio, 1990)

Igualmente se pueden identificar problemas somáticos como dolores de cabeza y de estómago, mareos, vómitos, dermatitis, trastornos alimenticios, sudoración excesiva, aceleramiento cardíaco, diabetes, problemas biliares, problemas del riñón, tartamudeo, tics nerviosos, alteraciones del funcionamiento sexual como anorgasmia y disminución del deseo sexual. Alteraciones al dormir como pesadillas, sueños recurrentes, falta o abundancia de sueño, sonambulismo, terrores nocturnos, bruxismo, entre otros (Ferreira, 1996; Trujano, 1997).

Además de los problemas somáticos, se presentan otras consecuencias como son:

Consecuencias para la salud física por violencia contra la mujer: enfermedades de transmisión sexual, asma, inflamación pélvica, embarazo no deseado, aborto espontáneo, dolor pélvico crónico, dolores de cabeza (migraña), colón irritable, problemas ginecológicos; abuso de drogas, alcohol, tabaco o comida; conductas nocivas para la salud, discapacidad, muerte, suicidio y homicidio (Olivares, 2001).

Consecuencias físicas de la violencia: interrupción de embarazos, colitis nerviosa, contusiones, raspaduras, cicatrices y heridas, laceraciones menores hasta fracturas o torceduras, lesiones en la cabeza, el cuello, el pecho, los senos y el abdomen, lesiones en el embarazo y lesiones que requieren de hospitalización o atención médica durante un largo período (Neidig y Friedman, 1984).

Aunque el maltrato físico trae consecuencias tan graves como el homicidio, la mayoría de las víctimas considera que las agresiones psicológicas “duelen más” ya que manifiestan que el “dolor físico” después se quita, sin embargo, “las palabras que hieran, perduran más”, por lo que las consecuencias psicológicas son más difíciles de borrar (Martínez, 2001)

Consecuencias en la salud mental: desorden de estrés post-traumático, depresión, ansiedad, disfunción sexual, desórdenes de la alimentación, desorden de personalidad múltiple y desorden obsesivo compulsivo (Olivares, 2001).

La inseguridad es otra de las consecuencias, ya que puede existir cierto impedimento de expresar sentimientos y pensamientos, así como poder opinar y tomar decisiones (Ferreira, 1996).

Entre los ejemplos que se pueden mencionar como parte de la depresión, está el llanto, cara de tristeza, pérdida de la estima de uno mismo, auto-acusación, auto-castigo, hipocondría, disminución del campo de conciencia, dificultades de concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito, dolores diversos, etcétera.

Por su parte la ansiedad se presenta en dos grupos, los PSICOLÓGICOS que se caracterizan por tensión, temores, dificultad de concentración y aprensión. Y los SOMÁTICOS que están dados por taquicardia, hiperventilación, palpitaciones, temblor y sudoración. Es frecuente que dentro de esta sintomatología participen otros sistemas como el gastrointestinal. También son comunes los trastornos del sueño y la fatiga.

Para el desorden obsesivo compulsivo la reacción es cuando la idea irracional o el impulso se inmiscuyen de manera persistente en el conocimiento. Las obsesiones son pensamientos que recurren constantemente (temor de golpear a alguien) y las compulsiones son acciones repetitivas, como lavarse las manos muchas veces antes de realizar una actividad. Estas acciones son reconocidas por el individuo como absurdas y se resiste a ellas, pero la ansiedad sólo se alivia por la ejecución ritualista, el impulso mecánico o la consideración de la idea.

Dentro de los desórdenes de alimentación se presenta el querer comer o dejar de hacerlo, actos que traerá otra serie de graves consecuencias.

Al detallar toda esta serie de consecuencias ocasionadas por la violencia ejercida en contra de las mujeres, es necesario conocer alguna forma de intervenir profesionalmente. La ayuda profesional debe de ser de forma inmediata para que no ocasione consecuencias devastadoras para la mujer y su entorno familiar y social.

Esta es una gran tarea desarrollada para los profesionales de la salud, en especial de los psicólogos. El psicólogo aporta una serie de herramientas necesarias y adecuadas para combatir un estado de crisis en el que pueda estar una mujer. La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza porque el individuo tiene una incapacidad para abordar situaciones que le estén ocasionando algún daño utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas (Contreras, 2001).

De esta manera en el siguiente capítulo se abordará la función del psicólogo así como las cualidades o características que debe presentar para que pueda llevar a cabo la función de intervenir en una crisis. Así mismo se detallará que es una crisis, sus antecedentes, tipos de crisis, diferentes modelos de intervención, los factores de riesgo, las distintas instancias de intervención (primera y segunda), así como ejemplos de intervención con mujeres.

CAPÍTULO 3: INTERVENCIÓN EN CRISIS

En el capítulo anterior se revisaron las causas y efectos que ocasiona la violencia, en especial aquella que daña a las mujeres. Se observó que los efectos son graves y de mayor relevancia aquellos efectos psicológicos. Por lo tanto, en este capítulo se describirá una forma de intervención para mujeres que sufrieron violencia. La técnica utilizada y detallada será la de INTERVENCIÓN EN CRISIS, además se hablará de la función que tiene el psicólogo, así como de algunas de las técnicas que puede utilizar.

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Son varias las circunstancias que dieron origen a la intervención de crisis. Cuatro importantes situaciones han influido en el actual movimiento de intervención (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992) y son:

- Tratamiento de neurosis traumáticas durante la Segunda Guerra Mundial. Se diseñaron nuevos métodos de tratamiento para poder atender a un gran número de soldados que padecían neurosis debidas al estrés. Tan pronto como era posible, se sometía al individuo a un tratamiento a corto plazo después de haber ocurrido el colapso. El sujeto permanecía en su unidad y se le asignaban tareas que no le causaran tanto estrés.
- Atención en la etapa de duelo. La obra de Eric Lindemann (1944) describe cómo se trataron las relaciones de duelo de los familiares de las personas que fallecieron en el incendio del centro nocturno Coconut Grove. Este autor comparó las respuestas de las personas y observó que su duración dependía de la forma en que cada individuo manejaba su aflicción. Lindemann describe las fases por las que debe pasar una persona para sobreponerse a la pérdida y reincorporarse a su medio.
- La preocupación por prevenir el suicidio. En 1953, en Gran Bretaña se organizó el grupo de “protectores” o Movimiento Samaritano, que ofrecía compañía a la gente que se encontraba en una situación de crisis. En 1958, en Los Ángeles, se estableció el primer centro para la prevención del suicidio, que utilizaban innovadores *medidas clave* como uso de la comunicación telefónica como medio básico para atender en cualquier momento a las personas que necesitaban ayuda, la introducción de un servicio que funcionaba las 24 horas del día y los fines de semana, y la colaboración de empleados no profesionales para atender en forma inmediata y personal a los pacientes.
- El movimiento de las clínicas gratuitas en los Estados Unidos. A fines de la década de 1960 y comienzos de la de 1970, en el campo de la salud mental surgieron numerosas instalaciones en donde se ofrecían tratamientos poco comunes. El objetivo de dichas instituciones era proporcionar asistencia para el manejo de las crisis a los individuos que no tenían a donde acudir.

Mientras los programas de intervención en crisis se desarrollaban en las décadas de 1960 y 1970, comenzó a surgir bibliografía sobre intervención. En publicaciones de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, aparecieron numerosos informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis (Slaikeu, 1990).

Moss (1976) identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales en su ambiente. La teoría de Darwin hace hincapié en la diversidad en forma de variaciones fortuitas de una generación a la siguiente: el medio podía ejercer una presión constante a favor de la selección de los individuos con características favorables (Boakes, 1989).

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso. Carl Rogers (1961) y Abraham Maslow (1954) se enfocaron en la tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes (Slaikeu, 1990)

El enfoque de Ericsson (1963) del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia para la teoría de la crisis. La visión de Ericsson en cuanto a ocho etapas, cada una de las cuales presenta un nuevo reto, transición o crisis, proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica primitiva.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo. Colmes y sus colaboradores (1972) demostraron cierta relación entre el estrés asociado con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad.

Cuando una persona sufre algún hecho nuevo o imprevisto no sabe como reaccionar. En este caso estamos hablando de algún trauma o hecho violento. Entonces es cuando nos referimos a un estado de crisis. Crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas (Contreras, 2001).

Algunas de las definiciones de crisis citadas en Rubin y Bloch (2001):

- Alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico (Lillibridge y Klukken, 1978).
- Designa un punto crítico necesario, un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección u otra, ordenando los recursos del crecimiento, la recuperación y una mayor diferenciación (Ericsson, 1950).
- Condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad (Caplan, 1964).
- Catalizador que altera los viejos hábitos y evoca nuevas respuestas.
- Aproximación china: dificultad y oportunidad

González (1995) menciona que el término crisis en sentido originario es juicio-decisión final sobre un proceso-, elección en general, terminación de un acontecer en un sentido o en otro, la crisis resuelve una situación y al mismo tiempo designa el ingreso a una situación nueva que plantee sus propios problemas.

Históricamente, el concepto de crisis ha sido entendido también, con un sentido positivo. El ideograma chino de crisis indica lo mismo peligro que oportunidad. Webster lo define como el “punto de cambio” sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfermar, mejorar o empeorar (Slaikeu, 1990).

En cualquier crisis se emplean reacciones defensivas. Una de éstas es la respuesta de negación: *Eso le sucede a otras personas, pero no a nosotros*. Otra respuesta es la de deshacer (vivir como si algo no hubiera sucedido), también dicho *vivir en el ayer*: lograr que ese cambio sea deshecho y dejar que mi vida siga como era antes de que pasara aquel acontecimiento tan terrible. Otras reacciones son parte del aspecto fisiológico, que son inmediatas, pero temporales, ejemplos de esta reacciones son sudoración y taquicardia. No deberían persistir en el individuo a lo largo del período de crisis, aunque alguna o parte de ellas pueden volver a presentarse hasta que la crisis no se resuelva. Es muy importante mencionar que cada persona reaccionará según el modo defensivo típico de su historia vital.

Gilliland y James (1993; citados en Rubin y Bloch, 2001) desarrollaron el concepto de crisis existencial, que se refiere a “los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas como el propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso” (p. 31).

La respuesta de crisis general es evocada por una situación inesperada y posee las siguientes características:

- A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento.
- A nivel psicológico: el estado temporal de shock puede ser seguido por la negación, confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud. Estas reacciones pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo.
- A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general tales como los cambios en el ritmo cardíaco, la respiración y una sudoración excesiva.

Una parte del proceso es que la crisis hace que la persona reevalúe su propia vida. Algunas personas pueden descubrir en ese momento que están muy satisfechas con cómo era su vida antes de la crisis y aprecian eso. Estas personas harán lo posible por reconstruir, después de la crisis, sus vidas en ese mismo formato. A su vez, un incidente traumático puede convertirse en un centro alrededor del cual la víctima reorganiza una vida previamente desorganizada, reorientando sus valores y metas. La respuesta del individuo se encontrara determinada por el tipo de personalidad, la experiencia acumulada durante la vida, y su actitud ante el mundo.

Las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentarse a una crisis súbita en su vida. Algunas personas no necesitarán ninguna ayuda externa, mientras que para otras una intervención mínima apropiada puede ser muy valiosa. La crisis le puede suceder a cualquiera, en cualquier momento, bajo las circunstancias correctas. Algunas crisis se relacionan con el propio ciclo de la vida y otras son totalmente azarosas (Rubin y Bloch, 2001).

¿Qué hace que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes? Una consideración es la gravedad del suceso que la precipita. Un segundo grupo lo integran los recursos personales. Un tercer grupo de variables incluye los contactos sociales concurrentes al momento de la crisis (Slaikeu, 1990).

La desorganización extrema que acompaña a la experiencia de crisis conducirá pronto a alguna forma de reorganización, negativa o positiva, para la víctima y sus familiares.

De esta manera se busca integrar una forma de intervención que ayude a la víctima. Así surge la intervención en crisis.

Etapas de la crisis. La primera reacción ante un hecho amenazante es el desorden, presentado como llanto, angustia, grito, desmayo o lamentos. El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso. El desorden conduce lo mismo a la negación que a la intrusión. La negación conduce al amortiguamiento del impacto. Puede acompañarse de un entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o la planeación de actividades como si nada hubiera pasado (Slaikeu, 1990).

La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna tragedia. Las pesadillas recurrentes u otras preocupaciones e imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa. Translaboración es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y translaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa.

La terminación es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada. En tanto el recuerdo de la pérdida, por ejemplo, puede traer tristeza o el pensamiento de "esto pudo no haber pasado", la característica principal de la desorganización del estado de crisis cesó (ibidem).

Tradicionalmente la crisis se dividía en dos grupos: crisis evolutivas y crisis circunstanciales (Slaikeu, 1990).

La **crisis evolutiva** es una situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas y las transiciones de roles. Esta crisis también llamada del desarrollo está relacionada con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas de crecimiento (Slaikeu, 1990; Rubin y Bloch, 2001).

Ejemplos de este tipo de crisis son: concepción o esterilidad, embarazo, parto, nacimiento, la adolescencia, crisis que involucran identidad sexual y la muerte.

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

- La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambios continuos
- El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones, cada una caracterizada, por ciertas tareas u ocupaciones
- Las transiciones del desarrollo de la edad adulta son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y en la adolescencia
- Aunque cada etapa es única, los asuntos importantes de los días juveniles son por lo general repasados o reelaborados durante todo el ciclo vital.
- Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el entorno personal del individuo
- Una crisis es la versión extrema de una transición: estas transiciones de desarrollo pueden transcurrir fácilmente o involucrar trastornos considerables.

Los posibles sucesos de crisis en la niñez pesan grandemente en las áreas de socialización, la relación con los padres, amigos y éxitos/fracasos en la escuela. La Adolescencia proporciona la ocasión para tratar temas de la identidad que tiene componentes sobre la profesión y los valores. La Adulthood temprana es una etapa que implica preocupaciones relacionadas con la intimidad, la paternidad y la iniciación en una carrera u ocupación. La Adulthood media es el momento para reelaborar asuntos previos del desarrollo y al mismo tiempo confrontar por completo nuevos problemas y desafíos.

Después la vida puede dividirse en Madurez-entre los 50 y principios de los 60 hasta la jubilación- y la Vejez-desde la jubilación hasta la muerte. La Madurez es el momento de la consolidación de la experiencia y los recursos; y una reorientación de la propia vida hacia los años finales. La Vejez incluye la integridad del Yo contra la desesperación (Slaikeu, 1990).

La **crisis circunstancial** se refiere a situaciones que se encuentran principalmente en el ambiente. Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas (Slaikeu, 1990; Rubin y Bloch, 2001).

Ejemplos son: la crisis sexual: violación, incesto, el aborto, el suicidio, el maltrato, las víctimas de accidentes o crímenes y secuestros.

La característica sobresaliente de las crisis circunstanciales es que el suceso precipitante tiene poco o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que este se haya. Las crisis circunstanciales pueden afectar, de modo virtual, a cualquiera en cualquier momento. Las características principales son:

- Aparición repentina. Atacan todas al mismo tiempo, desde ninguna parte.
- Calidad de urgencia. Requieren acción inmediata.
- Impacto potencial sobre comunidades enteras. Algunas crisis afectan a un gran número de personas de modo simultáneo.
- Peligro y oportunidad. En tanto que el peligro puede ser la principal distinción de las crisis circunstanciales; se debe recordar que de la desorganización que sobrevienen debe surgir con el tiempo alguna forma de reorganización (Slaikeu, 1990).

La intervención de crisis también ha estado presente en la ocurrencia de desastres naturales y aquellos provocados por el hombre. En los desastres se ha observado que a lo mejor se atienden las necesidades básicas, como comida, refugio y agua, pero se deja de lado las heridas mentales. Por ejemplo, en la explosión de Oklahoma en 1995, se creó un grupo organizado por la Cruz Roja en coordinación con médicos, clero, guardia nacional y otras organizaciones. Todo evento era coordinado por un psiquiatra o psicólogo, para tratar de aliviar esas heridas mentales (Carter y Walter, 1996).

Esta información nos muestra cómo es que la violencia podría estar ocasionando un estado de crisis en las mujeres, afectándolas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. La violencia suele ser un evento externo que ocasiona cambios internos que modifican la vida de éstas mujeres. Algunas de ellas pueden salir por sí solas de esta situación, otras necesitan de un apoyo externo para lograrlo. Para lo cual es importante conocer estas características de la crisis para poder ayudar a superarlas. A continuación se presentan algunos modelos de intervención en crisis.

3.2 MODELOS

Rapaport (citado en Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992) opina que es conveniente clasificar la manera de percibir una crisis, ya que así se puede entender mejor la respuesta adaptada o inadaptada que provoca. Señala que los individuos experimentan el impacto inicial como: a) amenaza, ya sea a las necesidades básicas o al sentido de integridad física o emocional; b) una pérdida, ya sea de una persona, habilidad o capacidad; o c) un reto.

Valladares (1989; citado en Samaia, 1991) describe la terapia de intervención en crisis así: Consiste en apoyos de emergencia de corta duración, en sesiones de 1 a 2 horas, ofreciendo apoyo solidario, información y asesoría legal; las personas que brindan este apoyo no son necesariamente profesionales sino asistentes sociales, sensibles a la problemática. Este es uno de los tratamientos más utilizados, ya que la mayoría de la víctimas solo asisten una vez a la asesoría, debido a la desorganización psicológica que presentan al

recordar y repetir verbalmente el ataque, pues resulta aversivo para las víctimas.

Rubin y Bloch (2001) definen la Intervención en Crisis como: proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio, con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis; para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

A continuación se presentan los modelos encontrados en Rubin y Bloch (2001).

El modelo de Intervención en crisis de Roberts incluye:

- Establecer contacto psicológico y crear rápidamente la relación.
- Examinar la dimensión del problema para definirlo.
- Estimular la exploración de los sentimientos y emociones.
- Generar y explorar alternativas y soluciones específicas.
- Explorar y evaluar los intentos previos de afrontamiento.
- Restablecer el funcionamiento cognitivo a través de la aplicación de un plan de acción.
- Seguimiento.

El modelo de Gilliland y James (1993) es:

- Reconocer las diferencias individuales.
- Mostrar atención por la seguridad del cliente.
- Proporcionar apoyo al cliente.
- Definir pronto el problema.
- Considerar alternativas.
- Planificar los pasos de la acción terapéutica.
- Usar las capacidades de afrontamiento del cliente.
- Atender las necesidades inmediatas del cliente.
- Emplear los recursos de la remisión.
- Desarrollar y usar una red de apoyo.
- Conseguir un compromiso.

Los principios de Puryear (1981) para la intervención en crisis son:

- Intervención inmediata.
- Acción: participe y dirija activamente el proceso de evaluación de la situación y formule un plan de acción.
- Objetivo limitado: la meta mínima es desviarse de la catástrofe; la meta básica es restaurar la esperanza y el crecimiento.
- Esperanza y expectativas: inculque esperanza en la situación mediante las actitudes y expectativas apropiadas de los clientes.
- Apoye.
- Enfoque en la resolución de problemas: determine el problema, después realice una planificación apropiada y diseñe planes de acción.
- Refuerce la auto-imagen.
- Estimule la auto-confianza.

El modelo de Rubin y Bloch (2001) comprende:

Relación

A. Relación actitudinal.

- Establezca la relación inicial y cree un ámbito seguro.
- Ajuste la aproximación a la relación con base en el continuo de dilatación-constricción: estimule las reacciones emocionales en el caso de constricción y las expresiones cognoscitivas para la dilatación. El individuo que se encuentre en el extremo de la dilatación necesita una clarificación del pensamiento, la identificación del problema y ayuda para organizar un enfoque destinado a controlar los sentimientos y concentrarse en ellos. Por otro lado, la persona que se encuentra en el polo de constricción, necesita alternativas viables frente a la rumiación que pudiera estar presente, necesita ayuda para expresar los sentimientos de alguna forma y la estimulación de algún tipo de activación al servicio de la resolución del problema.
- Compruebe sus propias reacciones ante la situación y cliente.
- Marque apropiadamente el ritmo y modifíquelo si fuera necesario (reflejo-ritmo-cambio). El concepto de reflejo-ritmo-cambio (RRC) unifica todo. Reflejando de forma apropiada las reacciones de los clientes y asumiendo un ritmo adecuado, se puede facilitar el cambio del cliente hacia una respuesta más eficaz.
- Valide y normalice. Ayudar a normalizar la situación, por consiguiente se debe validar los sentimientos del cliente y reducir su temor.
- Respete las diferencias individuales y culturales.
- Cree un clima de esperanza.
- Evite trivializar.
- Sea consciente de la sugestionabilidad.

B. Relación técnica.

- Refuerce las capacidades del cliente e incremente su autoestima. Es importante centrarse en las capacidades que el profesional vea y reforzarlas.
- Estimule el auto confianza.
- Defina su propio rol. El profesional necesita tener claro aquello que puede y no puede hacer y comunicárselo al cliente.
- Defina claramente el problema y desarrolle la resolución de problemas. Se necesita clarificar el problema; esto es, explorar un acercamiento conjunto para examinar las alternativas y soluciones, que implicaría:
 - Nombrar el problema.
 - Explorar las alternativas.
 - Compartimentalizar, simplificando los problemas tanto como sea posible. Al fragmentar el problema, es decir, al descomponerlo en porciones manejables, se convierte en algo mucho menos formidable.
 - Explorar las posibles consecuencias de cada solución.
 - Ensaye la solución. Si parece adecuada, el problema esta resuelto, si no, repita el proceso hasta que se alcance un mayor nivel de satisfacción.

- Explore las anteriores habilidades de afrontamiento del cliente para reforzar la auto-imagen. Se necesita conocer las propias potencialidades y recursos de los pacientes para aplicarlos en la situación actual.
- Enseñe una nueva habilidad, mecanismo de afrontamiento o aproximación. Designe conjuntamente un plan de acción.
- Planifique conjuntamente las actividades.
- Apoye.

Las trampas que se deben evitar son:

- Decirle al cliente qué hacer.
- Deslumbrar, es decir, intentar parecer inteligentes y deslumbrantes.
- Jugar el papel de rescatador.
- La revelación personal.

Evaluación

La valoración necesita ser breve, inmediata y centrada. Su meta es determinar la urgencia de la crisis, el grado de daño psicológico existente, así como también el grado de capacidad para enfrentarse a dicho daño. Se necesita que el enfoque se centre en la situación inmediata, con información sobre cómo ha respondido el cliente a nivel cognitivo, conductual y afectivo.

Una valoración exhaustiva incluye la naturaleza del evento, la situación (física y temporal) de los individuos con respecto a éste y sus relaciones con las demás personas afectadas por dicho acontecimiento. Cuanto más íntima sea la relación y más amenazadoras las circunstancias, más profundas serán las consecuencias psicológicas.

Evalúe:

- La urgencia. Necesita determinarse de modo objetivo y subjetivo.
- La severidad. Para tener un panorama claro sobre el impacto de la propia crisis, es importante saber el grado de desempeño del cliente previo a la crisis.
- La adecuación de la respuesta. También es fundamental el nivel de realismo y adecuación de la respuesta del cliente.
- El estado previo a la experiencia.
- Los recursos:
 - Internos. Se refieren a la historia del cliente a la hora de tratar con anteriores situaciones difíciles y se efectuará una medida general del funcionamiento del cliente a nivel cognitivo, afectivo y conductual.
 - Externos. Se refieren a la calidad, adecuación y disponibilidad del sistema de apoyo del cliente así como a la voluntad del cliente o a su habilidad para acceder a dicho sistema.
 - Comunitarios. Pueden depender del profesional asistente en la crisis ya que necesita estar capacitado para conocer todo lo que existe para ayudar al cliente y efectuar una remisión apropiada.
 - Espirituales. Un sistema de creencias, puede ser una fe religiosa tradicional que tiene efectos importantes en el estado de salud y

la esperanza de vida en las personas. El tener un Dios ayuda a la persona a no sentirse sola y tener un apoyo espiritual.

- Grado de correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos.

Remisión

- Recursos comunitarios
- Otros profesionales.

La persona es como un sistema conformado de varios subsistemas. La historia de la psicología revela numerosas maneras de describir la personalidad humana de un modo amplio y sistemático. Las tendencias recientes de la psicología clínica han destacado los planteamientos holísticos o integrales de la personalidad, que incluyen valoraciones en muy diversas manifestaciones. Lazarus (1997), por ejemplo, considera 7 modalidades-conducta, afecto, sensación, fantasía, cognición, conducta interpersonal y el uso de fármacos para la comprensión de los problemas clínicos.

Slaikeu (1990) considera a una persona como sistema, cuyo funcionamiento CASIC incluye cinco subsistemas: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo. Para una intervención, la evaluación debe hacerse en cada área para determinar la desorganización en uno o más de estos cinco subsistemas. A continuación se mencionan los cinco subsistemas con sus variables:

Modalidad/sistema	Variables/subsistemas
Conductual	Patrones para el trabajo, juego, ocio, ejercicio, dieta, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco.
Afectivo	Presencia de sentimientos como ansiedad, cólera, felicidad, depresión y otros; capacidad para incidir en las circunstancias de la vida. Los sentimientos son manifiestos o encubiertos.
Somático	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics nerviosos, dolores de cabeza, trastornos estomacales, y cualesquiera otros malestares somáticos: estado general de relajamiento/tensión; sensibilidad del tacto, visión, gusto, olfato y oído.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo; potenciales y dificultades interpersonales; número de amigos, frecuencia de contacto con amigos y conocidos.
Cognoscitivo	Día normal y sueño de noche, imágenes mentales sobre el pasado o el futuro, autoimagen, objetivos en la vida y razones para su validez, creencias religiosas, filosofía de la vida; presencia de cualesquiera de la siguientes catástrofes, sobregeneralizaciones, ideación paranoide; actitudes generales hacia la vida.

Figura 8: Muestra las modalidades o sistemas de la personalidad, así como cada una de sus variables o subsistemas (Fuente: Slaikeu, 1990)

Los datos para la valoración pueden extraerse de diversos recursos, de los cuales el principal es la entrevista clínica. Al utilizar la estructura CASIC como un mapa cognoscitivo, el servidor público indaga acerca del funcionamiento del paciente en cada modalidad (Slaikeu, 1990)

Lo mismo si el servidor público se apoya de manera exclusiva en la entrevista clínica que si incluye cuestionarios, es importante que se aseguren los datos en las siguientes áreas:

- Incidente(s) precipitante(s). Es importante saber qué pasó para que se desencadenará la crisis.
- Presentación del problema. Resumen de los problemas del paciente en el momento de su remisión para recibir atención.
- Entorno de la crisis. Es importante determinar el efecto de la crisis en la familia, grupo social inmediato o ambos, y viceversa.
- Funcionamiento CASIC previo a la crisis. Incluye el énfasis en: los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas; los recursos personales y sociales más patentes; las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC;
- Funcionamiento CASIC durante la crisis. Determinar el impacto del incidente precipitante en todas las 5 áreas de funcionamiento CASIC del individuo. Se deberá poner especial énfasis sobre las “rupturas” en cada modalidad al determinarse el impacto del incidente de crisis sobre el funcionamiento CASIC.

Evaluación del nivel actual de funcionamiento. Se realiza mejor mediante observaciones directas de acuerdo con un examen del estado mental que incluye estos aspectos (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992):

- Apariencia y conducta. Hay que tomar nota del estado aparente de salud, tipo corporal, manera de vestir, presentación, expresiones faciales y actividad motora, como postura, modo de andar, temblores.

- Discurso y conducta verbal. Esta conducta y la estructura del discurso son áreas que se deben evaluar, ya que pueden revelar desordenes del pensamiento o experiencias emotivas, muy intensas de los cuales no se percata el cliente.

- Contenido del pensamiento. Es esencial determinar que ideas tiene el cliente. Se puede recurrir a preguntas más específicas para descubrir lo que piensa el paciente acerca de cuál es el problema y la causa de su malestar.

- Observación del estado emocional del paciente. Al efectuar ésta, hay que considerar tanto el ánimo como la efectividad. Por ánimo se entiende el tono emocional general, total, más o menos prolongado del individuo, mientras que efectividad alude a la capacidad de respuesta emocional momentánea de éste.

- Observación de la forma de relacionarse del paciente. Se debe observar cómo se relaciona el sujeto con el terapeuta y con otros, ya que revela detalles importantes acerca de cómo se comporta con los demás. ¿Se muestra hosco, resentido, sarcástico o poco cooperativo?

- Evaluación del ajuste premórbido comparado con el estrés actual. Para evaluarlo conviene examinar cómo ha manejado el sujeto sus crisis anteriores y la actual antes de venir al tratamiento. Golan (citado en Slaikeu, 1990) dice que la mayoría de las respuestas a las crisis pertenecen a alguna de las siguientes 8 categorías:

- Usuales: no se realiza ningún esfuerzo nuevo.
- Expresión de sufrimiento con palabras o acciones.
- Manifestaciones de enojo, verbales o de hecho.
- Evasión de la realidad mediante palabras o acciones.
- Síntomas neuróticos, como depresión.
- Síntomas somáticos, como dolores de cabeza o estómago.
- Acciones realistas tendentes a resolver la situación.
- Utilización de la capacidad personal para emprender actividades nuevas de crecimiento.

La tarea primordial para cualquier terapia de crisis es la Supervivencia física en las secuelas de las crisis, con la cual se debe preservar la vida y mantener la salud física. Además se debe determinar cuáles son los problemas más relevantes para el paciente en ese momento. Si existe duda, se debe ir al área en la que el paciente experimenta el mayor dolor (Slaikeu, 1990).

Evaluación del resultado: se necesita valorar diferentes variables clave. Entre ellas están:

- ¿Ha habido un regreso al equilibrio y una reorganización de los subsistemas CASIC de la personalidad?
- Valorar el alcance al que las capacidades para el enfrentamiento se han reobtenido.
- En el seguimiento, la valoración no es solo acerca de la resolución de la crisis, sino también sobre si se ha logrado el progreso hacia la resolución del conflicto anterior.
- ¿Se ha integrado el incidente a la trama de la vida?
- ¿La persona está abierta a encarar el futuro, lista para trabajar, interactuar y relacionarse con otros?

Los modelos que anteriormente se presentaron dan la idea general de que lo principal es ayudar a la persona en crisis a expresar sus sentimientos, decir lo que pasó y cómo se siente actualmente, buscar soluciones y salir adelante, no quedarse en esa etapa, sino que ella observe que puede salir y no quedarse en la crisis. Es muy importante hacerle ver a la mujer que ha sufrido violencia que puede tener un crecimiento personal, a pesar de lo que pudo haber vivido.

Con ayuda profesional el camino para salir adelante puede acortarse y facilitarlo. De hecho los modelos presentados anteriormente tienen en común: acompañar al cliente, ayudarlo a expresar sentimientos y pensamientos, definir el problema, buscar solución y darle seguimiento hasta lograr el cambio esperado.

3.3 FACTORES DE RIESGO

Algunos elementos que determinan una respuesta individual a la crisis son los factores de riesgo, que presentan una serie de procedencias (Rubin y Bloch, 2001).

Factores de riesgo relacionados con el individuo:

- Edad y fase de desarrollo. El grado de habilidad y experiencia puede ser un factor de riesgo.
- Salud. Si padece alguna enfermedad grave o su estado de salud es delicado es probable a sufrir violencia.
- Discapacidad. Puede poner a la persona en el riesgo de no obtener los suministros necesitados para la recuperación.
- Estrés preexistente. Incrementa el riesgo.
- Eventos traumáticos vitales previos. Resultados insatisfactorios o reacciones emocionales que no funcionaron pueden dejar a los individuos vulnerables ante estrategias de afrontamiento desadaptativas.
- La fortaleza del sistema de apoyo social. La ausencia o pérdida de sistema de apoyos sociales y psicológicos pueden poner en riesgo a las personas.
- Habilidades de afrontamiento.
- La expectativa del sí mismo y de los demás.
- Estado de los familiares.
- Entorno étnico y cultural.
- Interacción entre la ocupación del individuo y el evento.
- Percepción e interpretación del evento.

Factores de riesgo vinculados con el rol y la superposición del rol

El contexto de la comprensión de una crisis abarca más allá de las víctimas inmediatas, una vez que enumeramos los roles potenciales jugados por aquellos que tienen algún interés en el evento. El primer papel que se observa durante un evento que evoca crisis es el de víctima. Otro rol puede ser el de héroe, la persona que rescata a la víctima. El testigo también conforma un rol importante, así como también el del curioso. Las interacciones entre estos roles pueden influir en la terapia de crisis de la víctima (ibidem).

Factores de riesgo vinculados con el evento

Ciertas propiedades del propio evento juegan un papel fundamental en el proceso de recuperación. Cada evento presenta sus propias características únicas. Algunas de estas características representan un riesgo mayor para las personas en términos del impacto psicológico (Slaikeu, 1990). Las propiedades de riesgo incluyen: la falta de anticipación, el contraste abrupto del escenario, el tipo de desastre, la naturaleza del agente destructivo, el grado de incertidumbre y la duración de amenaza, el momento de aparición, el alcance del evento, la pérdida personal o lesión, la proximidad con el evento. Además los estímulos traumáticos: las visiones, sonidos y olores inusuales o estresantes aumentan el impacto de un trauma; y el error humano ya que los eventos que se perciben como algo que podría haberse evitado pueden generar reacciones emocionales intensas y hacen más difícil que las víctimas se enfrenten a ellos y se recuperen con éxito.

Entender la experiencia de la persona implica tener en cuenta los factores de riesgo. Los factores de riesgo de todas las dimensiones (la individual, la relacionada con el rol y la vinculada con el evento) pueden concebirse como desencadenantes de conductas de afrontamiento desadaptativas (ibidem).

3.4 RECURSOS CON LOS QUE SE PUEDE CONTAR

Como responda un individuo a un suceso precipitante y posteriormente translabore la experiencia de crisis, depende de los recursos materiales, personales y sociales del mismo. Los recursos materiales significativos durante una crisis incluyen el dinero (disponibilidad lo mismo que cantidad), comida, vivienda y transporte. Un déficit en cualquiera de estas áreas tiene el potencial para cambiar moderadamente un suceso tensionante en una crisis.

Los recursos personales del individuo componen el segundo factor principal para determinar la intensidad y el curso Último de cualquier crisis. La fuerza del yo, la historia previa de enfrentamiento a situaciones tensionantes, la existencia de cualquier problema de la personalidad no resuelto y el bienestar físico, toman todos parte al determinar si un suceso particular conducirá a una crisis.

Los recursos sociales se refieren en principio a la gente en su ambiente individual inmediato en el momento de crisis, como la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Unger y Powell (1980) describen tres tipos de ayuda que los contactos sociales pueden prever durante el momento de la crisis. La primera es de apoyo utilitario, que consiste en dar ayuda material como comida, ropa, albergue o dinero para aminorar las cargas financieras. La segunda es el apoyo emocional, específicamente al comunicar a una persona que sufre crisis que es amada, protegida y valorada por sus familiares y amigos. Por último, los contactos sociales pueden proporcionar información y acercamiento a otros recursos de ayuda (Slaikeu, 1990).

Estos factores de riesgo están vinculados con los que se mencionaron en el capítulo 1. Sin embargo cabe mencionar que los relacionados con el evento sobresalen, ya que al tener influencia en la recuperación es importante no dejarlos de lado en la fase de intervención, porque tal vez la cercanía o lejanía del lugar, el momento en qué se presentó, así como los estímulos provocados podrían ayudar a una recuperación más pronta. La intervención en crisis puede ser en seguida de que ocurra el hecho o tiempo después, a continuación se mencionaran los dos tipos de intervención que hay: de Primera y Segunda Instancia, descritos por Slaikeu (1990).

3.5 INTERVENCIÓN EN DISTINTAS INSTANCIAS

Una situación de crisis es aquella en que es inminente algún suceso infortunado, por lo que es importante actuar con rapidez y eficiencia. Una intervención cuyo objetivo sea aliviar la crisis o mejor aún, ayudar a la persona para que pueda proceder con decisión, evitará otras y quizás mas graves

consecuencias. Una intervención eficaz en el momento de la crisis es más útil que horas de terapia posteriores (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992).

Slaikeu (1990) considera que son muchas las circunstancias de la vida que nos llevan a una necesidad de intervención psicológica, entre ellas menciona:

- Durante el Desarrollo Humano, ya que conlleva una serie de cambios en el crecimiento, la transición del desarrollo ante cada etapa, los sucesos que en cada una se tienen que superar, las situaciones que llevan a las personas a solicitar apoyo psicológico.
- Sucesos inesperados en la vida, es decir, situaciones que podrían afectar a cualquiera en cualquier momento, se caracterizan además por ser repentinos, inesperados, con urgencia de atención, crea un impacto sobre la persona o comunidades enteras y presenta cierto grado de peligrosidad u oportunidad.

Kanfer y Golstein (1987) mencionan que para poder considerar que es un problema psicológico y por tanto aplicar una intervención psicológica es necesario que:

- El cliente padezca una falta subjetiva de bienestar, preocupaciones o miedos, que no se pueden eliminar fácilmente y que él pueda llevar a cabo solo.
- El cliente manifiesta déficit o excesos de conducta que interfieren con el funcionamiento considerado adecuado tanto para él mismo como por los demás.
- El cliente interviene en actividades que son cuestionables por aquellos que le rodean y que da lugar a consecuencias negativas que recaen en él mismo y en los demás.
- El cliente muestra desviaciones conductuales que dan como resultado sanciones sociales severas para aquellos que componen su medio inmediato.

Cuando alguna de estas situaciones ocurre estamos hablando de un problema psicológico así que ahora hay que buscar una intervención. Para Contreras (2001) las metas y objetivos a largo plazo de las relaciones que suponen ayuda (relación terapéutica) debe cubrir son:

- Modificación de conducta concreta.
- Buen conocimiento o comprensión racional y emocional claro de sus problemas, causas, reacciones y formas de solución.
- Modificación del bienestar emocional subjetivo de la persona, incluyendo cambios en las sensaciones de ansiedad y tensión.
- Modificación de las autopercepciones, incluyendo objetivos y sentido de la adecuación.
- Modificación del estilo de vida de la persona o “estructuración de la personalidad”.

Rogers (1978) considera que para la intervención psicológica es necesario tomar en cuenta que el cliente se encuentre en:

- Una situación de inadaptación psicológica: en la cual se presenta incongruencia, defensa y vulnerabilidad.
- Amenaza: en la cual existe vulnerabilidad, angustia y amenaza interna o externa.
- Desorganización psíquica: donde existe incongruencia, distorsión de la realidad, inestabilidad y desorganización.

Butcher, Stelmachers y Maudal (1992) consideran que existen requisitos indispensables para la intervención psicológica y son:

- El trabajador debe contar con una capacidad de empatía que le permita comprender los problemas del consultante.
- Debe ser capaz de escuchar con atención y de manera selectiva para detectar lo que tiene relación con el problema de que se trate y lograr que los individuos renuentes proporcionen información necesaria.
- Debe escuchar con un criterio objetivo sin que influyan sus necesidades, deseos, ni valores personales.
- Debe tener la capacidad para evaluar los problemas, conflictos, cualidades y recursos del sujeto en el marco de la situación en que se encuentra.
- Debe estar al día en lo que respecta a los servicios disponibles en la comunidad, ya que estos representan opciones para referir ahí a los clientes si fuera necesario.
- Una característica del terapeuta es que de ser posible, pertenezca al grupo subcultural o contracultural de quienes recurren a su ayuda.

Weiner y Bordin (1992) describen los factores generales y específicos de la intervención psicológica que contribuyen al cambio:

I: Factores Generales: estos factores se refieren a los componentes de la relación de psicoterapia y son:

- Oportunidad de catarsis
- Expectativas de cambio
- Atención del terapeuta (empatía, cordialidad y autenticidad)
- Efectos del reforzamiento
- Fuerza de alianza terapéutica

II: Factores Específicos: estos factores se refieren a las técnicas que se utilizan en la relación terapéutica y encontramos:

- Las preguntas
- Aclaraciones
- Exclamaciones
- Confrontaciones
- Interpretación

Jacobson, Strickler y Morley (1968) y Morley (1970) describen cuatro niveles de la intervención de crisis. El primero se denomina manipulación del ambiente; aquí la ayuda consiste en recomendar o poner en contacto a la persona afectada con el especialista o institución apropiados. En el segundo nivel, llamado apoyo general se debe trabajar hasta cierto límite con el cliente,

escucharlo con atención sin atacar o rebatir lo que diga. El tercero es el método genérico, en este nivel es necesario que el agente de ayuda tenga un conocimiento profundo de las crisis en general, de tipos concretos y de los procedimientos más adecuados para resolver crisis específicas. El cuarto nivel es el diseñado individualmente y requiere que el especialista en crisis tenga conocimientos propios para actuar en intervención en crisis (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992).

Las premisas básicas de la intervención según Samala (1991) son:

- El modelo no presupone un factor de causalidad. No intenta explorar las causas primarias, sino entender los factores precipitantes de la crisis.
- La amplitud e intensidad del adiestramiento profesional que se requiere para ofrecer la ayuda es menor.
- La intervención tiende a ser de corta duración.
- La intervención es corta, pero la recuperación de aceptar los sentimientos de dependencia estará en función de lo que se considere necesario para que la persona comience a sentirse bien.
- Intervención con los familiares o personas allegadas.
- Utilización de los sistemas de sostén ya existentes en la vida personal u otros sistemas de sostén institucional, como los médicos, trabajadores sociales, y en el caso particular de la víctima de un crimen, la policía.
- La orientación hacia la solución de problemas específicos.
- No presupone condiciones psicopatológicas en las víctimas aunque se considere una técnica preventiva.
- Va encaminado a desarrollar un sentido de control y competencia en el individuo. Intenta combatir los sentimientos de derrota, pasividad y el rol de la víctima.

Las personas que primero se enteran del suceso que motiva la crisis del ataque, podrían suministrar la intervención en crisis de primera instancia. Sea que las personas proporcionan atención médica, apoyo emocional, trámites administrativos o asesoría legal, todos están en posibilidad de ayudar en los cruciales primeros pasos del manejo de la crisis y su eventual impacto en la vida de la persona en crisis. En las semanas y meses siguientes al suceso que motiva las crisis, algunas personas necesitan intervención en crisis en segunda instancia o terapia para crisis. Esto implica un período de psicoterapia breve, dirigido a ayudar a los individuos a translaborar los sucesos traumáticos o perturbadores (Slaikeu, 1990).

Algunas características para diferenciar la intervención de primera y segunda instancia son:

	Intervención de primera instancia. Primeros auxilios psicológicos	Intervención de segunda instancia. Terapia para crisis
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Por parte de quién?	Padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, entre otros.	Psicoterapeutas y orientadores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, orientadores, entre otros.
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, líneas telefónicas de urgencia, etcétera.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, etcétera.
¿Cuáles son las metas?	Reestablecer el enfrentamiento inmediato; dar apoyo; reducir la mortalidad; enlace con recursos de ayuda.	Resolver la crisis; translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente a la trama de la vida; establecer la apertura/disposición para encarar el futuro.
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.	Terapia multimodal para crisis.

Figura 9: Muestra las características de la Intervención de Primera y Segunda Instancia (Fuente: Slaikeu, 1990)

INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Metas: Reducir la mortalidad. Reestablecer el enfrentamiento inmediato. Proporcionar apoyo, es mejor para las personas no estar solas, en tanto soportan cargas extraordinarias; significa permitir a la gente hablarnos para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse. Reducir la mortalidad, se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis. (Slaikeu, 1990).

- Realización del contacto psicológico.

El escuchar de modo empático, significa escuchar lo mismo los hechos que los sentimientos y la utilización de lineamientos reflexivos. La tarea primaria del asistente es escuchar cómo el cliente visualiza la situación y se comunica.

- Examen de las dimensiones del problema.

Implica la evaluación de las dimensiones o parámetros del problema. La indagación se enfoca a tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial el incidente específico que desato o precipito la crisis.

La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de quién, qué, dónde, cuándo, cómo. Además de escuchar la característica más relevante del funcionamiento CASIC. La atención se pone tanto en las fortalezas como en las debilidades durante el período de crisis.

- Análisis de posibles soluciones.

Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. El asistente adopta un enfoque paso a paso, al preguntar primero acerca de qué se ha intentado ya, para entonces llevar a la persona en crisis a generar alternativas, seguido por lo que el asistente añade como otras posibilidades. Se analizan los más y los menos de cada solución. El objetivo es identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores.

- Ejecución de una acción concreta.

Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. Significa la ejecución de lo aprobado acerca de la(s) solución(es) inmediata(s) encaminada(s) a tratar con la necesidad(es) inmediata(s). Según los principales factores (letalidad y la capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio), el asistente toma una actitud facilitadora o directiva en la ayuda al paciente para tratar con la crisis.

- Seguimiento.

Extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. La principal actividad del asistente aquí es especificar un procedimiento para que él y el paciente estén en contacto en un tiempo posterior. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara, o por teléfono. Esto es llamado “contrato para recontactar”.

Existen algunos puntos que deben tomarse en cuenta al aplicar los primeros auxilios psicológicos mencionados por Slaikeu (1990) y son:

	Qué hacer	Qué no hacer
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa. Refleja sentimientos y hechos. Comunicar aceptación.	Contar tu propia historia. Ignorar sentimientos o hechos. Juzgar o tomar partido.
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas. Pedir a la persona que sea concreta. Evaluar la mortalidad.	Depender de preguntas de sí/no. Permitir abstracciones continuas. Soslayar las señales de “peligro”

3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas. Trabajar de manera directa por bloques. Establecer prioridades.	Permitir la visión de pasar por un túnel. Dejar obstáculos sin examinar. Tolerar una mezcla de necesidades.
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez. Establecer metas específicas de corto plazo. Hacer confrontaciones cuando sea necesario. Ser directivos, sí, y solo sí, debes hacerlo.	Intentar resolverlo todo ahora. Realizar decisiones que comprometan por largo tiempo. Ser tímido. Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario.
5. Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar. Evaluar los pasos de acción.	Dejar detalles en el aire, o asumir que el paciente continuará la acción del plan por sí mismo. Dejar la evaluación a alguien más.

Figura 10: Muestra las acciones que deben y no deben hacerse al aplicar los primeros auxilios psicológicos (Fuente: Slaikeu, 1990)

Contreras (2001) menciona que la *Intervención en Crisis* o de *Primer Orden* consiste en la intervención inmediata a corto plazo de haber ocurrido el evento precipitante, la persona acude a recibir atención, ya que ese día o pocos días antes le ocurrió alguna situación de violencia, o bien acaban de conocer la situación. Se aborda a partir del evento precipitante y la intervención es de corta duración, se requiere en muchos casos de la presencia de familiares o amigos. Se trabaja la situación específica, los eventos y las necesidades de apoyo, sin abarcar historia personal fuera del evento ocurrido. Se encamina a la toma de decisiones, red de apoyo y recuperación del control y competencia de la persona.

Las fases de la Intervención de Primer Orden en casos de violencia de pareja, mencionadas por Contreras (2001) son:

- **Entrevista inicial.** Su objetivo es reunir los datos más relevantes para la evaluación de los pasos a seguir. Se toman datos demográficos, los datos del evento precipitante (ataque) y las acciones que hasta ese momento ha realizado. Las preguntas deben ser cuidadosas para que no se sienta juzgada, criticada o culpabilizada.
 - Área Legal. Se pregunta si denunció legalmente o si lo desea hacer, generalmente no saben ni qué hacer ni cómo.
 - Área Médica. Es importante explorar si fue atendida médicamente o no.
 - Área Psicológica. Se observa su conducta motora y verbal, se atiende su expresión y coherencia, así como las reacciones repentinas que presente. Esto es cómo se siente, qué piensa, qué hace o qué quiere hacer.

- **Fase Educativa.** Orientar a la o al consultante a través de información real y actualizada de las características más relevantes de la violencia. Es importante enfatizar en aquellos aspectos que se consideran que dan alivio a la consultante y a su familia.
 - **Toma de Decisiones.** Evaluar lo que se hará y poder confortar a la persona ante cada decisión que tomará. Es importante que la persona vaya sintiendo alivio y apoyo durante esta primer parte del proceso.
 - Acciones legales. Si la persona no desea denunciar, no se deberá presionar para que lo haga, a través de la explicación y la fase educativa, se podrá evaluar si es o no conveniente, pero la decisión final será de la consultante y/o su familia.
 - Acciones médicas. Son todas aquellas actividades que se realizan en búsqueda del bienestar físico de la consultante a corto, mediano y largo plazo.
 - Acciones psicológicas. Es importante dirigirse a aquellas conductas que es necesario incrementar o decrementar lo antes posible para prevenir mayor crisis o situaciones de riesgo como el suicidio.

- **Fase de Evaluación.** Se deberá explorar el área Cognitiva (ideas, pensamientos, fantasías, creencias), Afectiva (sentimientos y emociones hacia sí misma y hacia los demás), Somática (reacciones fisiológicas que están alterando su bienestar, sudoración, temblor, aceleración del ritmo cardíaco o tensión muscular), Social (amistades, compañeros, novio), Conductual (verbalizaciones, movimientos y comportamientos fuera de lo común, excesos y déficit), Familiar (apoyo de hermanos, Padres, cónyuge), Laboral (necesidad de faltar, de permisos o pérdida de éste), Escolar (necesidad de faltar, negación de asistir, baja académica), Pareja (informarle lo ocurrido, apoyo, rechazo), Otros (situaciones relevantes que impiden que se sienta mejor como necesidades económicas, negación del hecho, estado emocional alterado).

- **Fase de Intervención.** Será de corta duración y dirigido principalmente hacia aquellas conductas más problemáticas en ese momento, se sugiere:
 - Establecer red de apoyo familiar o con amistades.
 - Realizar enlaces con instituciones de ayuda para hacer un seguimiento.
 - Realizar ejercicios de relajación muscular y control de la respiración en consulta para que la persona las practique.
 - Realizar, practicar y aplicar juego de roles, detención de pensamiento, autodiálogo dirigido, ensayo conductual y modelado, para que logre mantenerse en calma lo más posible.
 - Establecer las metas a corto plazo de las sesiones posteriores de intervención.
 - Hacer una revisión de cómo se ha sentido, qué ha hecho y en qué ha mejorado a partir de la primera sesión y que aspectos se han mejorado.
 - Informar medidas preventivas, de defensa y autoprotección.

- **Postevaluación.** La intervención en crisis lleva de una a tres sesiones, por lo que la postevaluación consiste en examinar que la persona está más estable emocionalmente a partir del reporte verbal y aplicación de inventarios.
- **Seguimiento.** Se realiza a través de la continuación de la intervención psicológica (Terapia de crisis) o bien por vía telefónica o personal, para conocer si la persona se encuentra bien y si requiere algún tipo de apoyo.

INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA

TERAPIA MULTIMODAL PARA CRISIS

La terapia para crisis resurge donde los primeros auxilios psicológicos cesan al asistir al paciente en el proceso de reconstruir una vida quebrantada por un incidente externo, lo mismo si éste es la muerte de un ser querido, la pérdida de un miembro corporal o cualquier otra crisis circunstancial o del desarrollo (Slaikeu, 1990).

La terapia para crisis intenta ayudar al paciente a resolver la crisis. La terapia para crisis es más efectiva cuando coincide con el período de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. El propósito es proporcionar asistencia en ese período, para incrementar la probabilidad de que la reorganización sea hacia el crecimiento y se aleje del debilitamiento.

VALORACIÓN. Cada uno de los sistemas de la personalidad CASIC se convierte en el foco de la terapia para crisis. El sistema conductual se refiere a la actividad patente, en particular trabajar, jugar y otros patrones vitales importantes que incluyen el ejercicio, los patrones de dieta y sueño, y el uso de drogas, alcohol y tabaco.

Las variables afectivas incluyen un rango completo de los sentimientos que un individuo puede tener acerca de cualquiera de estos comportamientos, de un incidente traumático o de la vida en general. En el caso de mujeres violentadas se presentan sentimientos de dolor, sufrimiento, pena, vergüenza, entre otros.

El funcionamiento somático de un paciente se refiere a todas las emociones corporales, que abarcan la sensibilidad, al tacto, el sonido, la percepción, el gusto y la visión. Los datos sobre el funcionamiento físico general; que incluyen los dolores de cabeza, las molestias estomacales y de la salud en general. Una mujer violentada puede presentar llanto inesperado, dolores corporales, poco o nulo movimiento e hipersensibilidad en todo el cuerpo.

La modalidad interpersonal incluye datos sobre la cantidad y la calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Cuando una mujer fue violentada suele alejarse de los familiares y amigos, y puede rechazar estas con personas desconocidas; además de mostrarse renuente a entablar una relación con personas del sexo opuesto.

Por último, los procesos mentales se codifican bajo la modalidad cognoscitiva. Aquí se incluyen las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos sobre el pasado y las aspiraciones para el futuro, así como las reflexiones no controladas de manera relativa, tales como los sueños diurnos y nocturnos de acuerdo con Slaikeu (1990). Un ejemplo de estos procesos mentales en la mujer violentada son pensamientos de culpa, rechazo hacia sí misma y hacia los demás, pensamientos suicidas o de dañarse a ella misma o a la persona que la daño.

La *Terapia de Crisis* o de *Segundo Orden* se aplica cuando la situación no acaba de ocurrir ese día o algunos anteriores a la fecha de la consulta, sino que han pasado semanas o incluso uno o dos meses y la persona acude a recibir apoyo o bien es la continuación de la intervención en crisis. Puede tener una duración de 10 a 20 sesiones aproximadamente (Contreras, 2001).

La intervención de segundo orden descrita por Contreras (2001) consiste en:

- **Entrevista inicial.** Es igual que en la de Intervención en Crisis, solo que aquí es posible realizar una entrevista mas detallada, tranquila y sin la premura de la crisis. Se toman datos demográficos, detalles de lo ocurrido y se examinan dimensiones del problema, se revisan las consecuencias en varias áreas y las acciones realizadas previas a la consulta, así como los resultados obtenidos.
 - Área Legal. Se examina si hubo o no denuncia, si lo hará, y se toman consideraciones de apoyo, de asesoría y la posibilidad aún de levantarla.
 - Área Médica. Es importante conocer si la consultante ha sido atendida médicamente, si se realizó exámenes de laboratorio y si ha recibido tratamiento.
 - Área Psicológica. Es recomendable examinar aspectos relevantes sobre la situación actual de la persona, ya que la frecuencia y grado de presentación de las consecuencias que deja una situación así, dependen de tres factores principales y son:

La historia personal antes del ataque: estas características son el estado civil, historia educativa, moralidad, contexto socio-económico y cultural, carácter, fortaleza propio, conocimientos sobre la violencia y consecuencias, habilidades de afrontamiento y antecedentes de otros ataques.

Tipo de ataque: esto se refiere a la violencia ejercida, tiempo de exposición a la agresión, resistencia ofrecida, lesiones provocadas, uso de armas, números de agresores, características del agresor, lugar y grado de amenaza de daño o muerte.

Después del ataque: consecuencias del ataque, apoyo recibido de familiares, autoridades, pareja, amigos, profesionales, detención del agresor o no y actitud de la sociedad en general.

- **Fase Educativa.** Es la misma de la intervención en crisis, solo que aquí los aspectos en los que se podría ahondar más son aquellos referentes a que la violencia está relacionada con la expresión de poder, ver el ataque como un evento inesperado y altamente estresante que trae

consigo consecuencias en varias áreas a corto, mediano y largo plazo, así como las habilidades de afrontamiento que deberá desarrollar para el futuro y para enfrentar las situaciones problemáticas que se le presentarán a corto y mediano plazo.

- **Fase de Seguimiento.** Seguimiento del área legal, médica y psicológica. Consiste en revisar y explorar los eventos que han ido ocurriendo a lo largo del tiempo y el seguimiento que deberán tener
 - Acciones legales. Tomar acciones legales o continuar con las que ha realizado.
 - Acciones médicas. Dependerá de lo que se haya realizado o de los síntomas que presente la consultante.
 - Acciones psicológicas. Se deberán abordar aquellas consecuencias psicológicas provocadas por el ataque; dentro de esta parte, se observa y se registran las conductas verbales y motoras, así como las manifestaciones corporales de respuestas fisiológicas que den cuenta del estado emocional de la consultante, con el objetivo de guiar la intervención hacia aquellas habilidades de afrontamiento que son más urgentes de atender para restablecer el bienestar de ella.
- **Fase de Evaluación.** Se puede ir con más detenimiento para revisar cómo era su comportamiento previo al ataque, cómo se presenta ahora y cuáles son aquellas situaciones físicas, conductuales, sociales y familiares que más están afectando en esos momentos y desee modificar.

Es importante retomar: a) El suceso(s) precipitante(s), es decir el ataque, b) el problema presente, que implica evaluar el área Cognitiva, Afectiva, Somática, Social, Conductual, Familiar, Laboral, Escolar, de Pareja y Otras y c) el contexto de la crisis, para diseñar el programa de intervención. Todo lo anterior implica revisar los sentimientos displacenteros, ideas erróneas, conductas desadaptadas y peligrosas, niveles de ansiedad, habilidades de afrontamiento y estilo de solución de problemas, relaciones sociales y la capacidad de hacer uso de ellas como contención emocional, su nivel de funcionamiento conductual presente, historia en situaciones críticas y forma de enfrentarlas y cómo ha cambiado su vida a partir del ataque, entre otras.

- **Fase de Intervención.** Algunos puntos importantes a tomar en cuenta en la intervención psicológica de la terapia de crisis sobre todo en el aspecto cognitivo son:
 - Deberá explicársele a la consultante que el pensamiento es una conducta aprendida, las personas adquieren sus creencias, valores y actitudes a partir del comportamiento de la sociedad en la que se viva, esto es, *tenemos un comportamiento social*.
 - La forma de pensar acerca de las personas o las cosas influye en nuestro comportamiento y sentimientos hacia éstas.
 - Que conozca que existe una estrecha relación entre los pensamientos, las emociones y el comportamiento en la medida que nuestros pensamientos, ideas o creencias no son adecuados.
 - Ayudar a la consultante para que se dé cuenta de sus procesos de pensamiento.

- Proporcionar información para que la consultante tenga conocimiento personal de sus procesos cognitivos y la capacidad de controlarlos.
- Ofrecer adiestramiento en las reacciones posibles ante los contratiempos que enfrentará.
- Ayudarla a descubrir a través de la experiencia práctica que las estructuras cognitivas provocadas por el ataque, ahora son cuestionables y no están justificadas, y que la adopción de estructuras nuevas y más adaptativas es gratificante.
- Ayudar a darse cuenta de la naturaleza temporal de su situación, de cómo sus reacciones pueden contribuir a aumentar o mantener el problema.
- Es necesario que la consultante pueda expresar y reexperimentar sus sentimientos con paciencia y en confianza.
- Reforzar su autoestima.
- Es importante hacer uso de varios instrumentos verbales y no verbales.
- Es necesario establecer una relación terapéutica segura, donde la persona sienta confianza.
- Es indispensable ayudar a las personas a recuperar sus creencias destruidas.
- Es necesario informar de la vulnerabilidad que crea la experiencia de algo traumático.
- Ayudar a redefinir o resignificar las experiencias, sus reacciones, así como su misma condición.
- Debe hacerse un análisis preciso de cuándo sus procesos de pensar y comportarse son adaptativos o inadaptables.
- Debe incluirse un apartado en el proceso de ayuda de información normativa, para que las personas conozcan las reacciones que se tienen ante tales o cuales eventos.
- El terapeuta tiene que ser muy sensible a las reacciones de la consultante a cada técnica terapéutica y estar dispuesto a retroceder en la terapia para seguir a la persona.
- El terapeuta puede utilizar una serie de técnicas cognitivo-conductuales, para ayudar a las personas a reinterpretar su situación.
- Ayudar a las consultantes a reconocer que las cogniciones funcionan como mediadores de la activación emocional, identificar la irracionalidad de ciertas creencias y que entiendan que las cogniciones poco realistas funcionan como mediadores de sus propias emociones desadaptativas por lo que es necesario cambiar sus cogniciones poco realistas.

En la Terapia de crisis se han descrito cuatro tareas básicas de la intervención:

- Supervivencia física en las consecuencias de la crisis.
 - Expresión de sentimientos relacionados con la crisis.
 - Dominio cognitivo de la experiencia completa.
 - Adaptaciones conductuales e interpersonales requeridas para la vida futura.
- **Postevaluación.** Examinar si la persona ha logrado sus metas terapéuticas en tanto a las consecuencias provocadas por el ataque, de no ser así se refuerzan aquellas que requieran mayor atención y se revisa

la generalización y mantenimiento de las conductas deseadas y obtenidas satisfactoriamente para la consultante

- **Seguimiento.** Al paso del tiempo, se realiza un seguimiento telefónico o personal cada mes hasta un año o más, si es posible, para examinar si no hay recaídas, consecuencias nuevas o si esta bien en general.

Es importante notar que el interés en toda intervención es apoyar a las personas a sacarle lo *positivo* a cualquier momento de crisis, reducir daño físico propio o hacia otros, buscar acciones para solucionar el problema y observar que posteriormente estas acciones terapéuticas se sigan aplicando en la vida cotidiana, y tal vez en posteriores circunstancias similares.

Como lo menciona Slaikeu y los demás autores, con unas cuantas modificaciones los pasos a seguir en una intervención son: hacer el contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, explorar las posibles soluciones, ayudar al paciente a tomar una acción concreta y dar un seguimiento.

3.6 INTERVENCIÓN CON MUJERES

En la aplicación de la intervención es importante tomar en cuenta que la persona requiere orientación y apoyo inmediato, pero en ocasiones existen otras problemáticas alrededor de la violencia que requieren de más atención, por lo que se debe tener en cuenta las prioridades de la consultante y con ello tomar la decisión de hacia donde se dirige la intervención (Contreras, 2001).

Contreras (1990) menciona que durante el proceso debe revisarse la situación legal y médica de la consultante, para analizar la necesidad de orientación médico-legal. La compañía del profesional ante esta situación es cuestionable pues algunos dicen que no debería de participar más allá de la consulta, pero su experiencia le ha dejado el aprendizaje de que la presencia física del terapeuta en estas situaciones ayuda mucho a la persona a tener mas seguridad, control y confianza. Tampoco se debe dejar de lado el apoyo que deberá recibir la familia de la consultante.

Hay ciertas consideraciones de gran relevancia que deben tenerse en cuenta. En PRIMERO lugar se debe considerar el estado emocional en el que se encuentra la persona; en ocasiones se resisten a hablar, dicen las cosas en partes, niegan emociones, lloran mucho, evaden preguntas, olvidan eventos, entre otras: lo que implica que están demasiado vulnerables a ser juzgadas, criticadas, culpabilizadas, cuestionadas o reprendidas por su comportamiento ante el ataque. Es de suma importancia, por lo tanto, tener buen trato, tacto y calidez al interrogarlas en la entrevista inicial, así como brindar confianza para que la consultante continúe en la terapia (Contreras, 2001).

En SEGUNDO lugar, la consultante en ocasiones siente que no se le comprende, que tiene que exagerar las cosas para que sea creíble su situación o bien no sabe cómo comportarse para darle gusto a todos, en ocasiones quieren recuperarse rápido y seguir su vida normal, sin apoyo y sin terapia y

son criticadas por la reacción que toman. Lo que hicieron o dejaron de hacer ante el ataque es algo que nunca se les debe cuestionar pues solo ellas saben lo que sentían es ese momento que las llevo a comportarse de tal o cual manera.

En TERCER lugar, las etapas postraumáticas no siempre se presentan en el mismo orden, el haber pasado una etapa no significa que no regresara nuevamente a la anterior; las etapas de crisis tienen duraciones y ordenes variados y la consultante no sabe en ocasiones ni como se siente, ni que piensa, ni que quiere hacer; esto debe tomarse en cuenta para no forzar, ni presionar que continúe con el siguiente paso, para ello deben ser entendidas y guiadas en el mayor sentido posible.

En CUARTO lugar, deberá realizarse una observación cuidadosa de los factores de riesgo de suicidio, ya que en ocasiones la situación emocional, familiar o social les genera tal depresión o presión que será necesario establecer una red de apoyo social para poder intervenir en caso necesario.

Por ÚLTIMO, deberá tomarse en cuenta el tiempo que ha transcurrido desde el ataque a la fecha de consulta, así como las consecuencias y secuelas psicológicas, familiares y sociales, para la intervención (ibidem).

Varios tipos de ataque físico, como violación y robo con violencia, pueden entenderse como incidentes cuyas manifestaciones psicológicas de trastorno y desorganización conducen a las víctimas a crisis vitales de desastre total (Slaikeu, 1990).

Múltiples investigaciones en mujeres que han sufrido violación indican patrones; describen una primera fase aguda que se caracteriza por conmoción, desmayo y ansiedad que se prolongan de modo indefinido de algunos días a algunos meses. La segunda fase, la adaptación externa, incluye el retorno a la rutina normal y la supresión temporal de sentimientos acerca de la violación en un intento por reducir la ansiedad y controlar las intensas emociones. La etapa final de integración y resolución puede comenzar con la salida de los sentimientos hacia la superficie y la necesidad de hablar.

Slaikeu (1990) sostiene que la víctima de violación puede recibir ayuda externa en el manejo de cada fase de la crisis. En la fase aguda, los problemas prácticos deben resolverse, como recalcar los cargos, informar a la familia y a los amigos más cercanos, y cómo conseguir pruebas de enfermedades venéreas, y embarazo. La victima también necesita información sobre reacciones emocionales esperadas y ayuda para enfrentar sentimientos tanto de culpa, cólera, humillación y angustia.

La intervención debe dirigirse a la pregunta de cómo la mujer tratará la experiencia con sus familiares más cercanos. La necesidad de ayuda puede negarse, aunque los ayudantes externos deben estar disponibles. Esto es, en la tercera fase caracterizada con frecuencia por la depresión y necesidad de hablar, en la que el asesor puede ser útil para tratar los recuerdos obsesivos,

enfrentar los sentimientos y desarrollar el dominio e integrar los sucesos de las crisis con el resto de la experiencia en la vida de la víctima.

La violencia doméstica o maltrato al cónyuge y a los hijos-es otra área atendida de modo creciente en términos de la teoría de la crisis. El maltrato por parte de uno de los padres o del cónyuge puede provocar una crisis en la víctima. Más allá del peligro físico, existen peligros psicológicos que surgen de la interpretación de los acontecimientos por parte de la persona maltratada, y en particular las atribuciones de culpa y responsabilidad. Las intervenciones necesitan ajustarse tanto a los maltratantes como a las víctimas para proporcionarles mecanismos de enfrentamiento que disminuyan la posibilidad de incidencia (ibidem).

Burguess y Holmstrom (1974; citados en Contreras, 2001) realizaron un estudio con el objetivo de informar sobre los efectos inmediatos y a largo plazo de la violación. Encontraron que:

- La violación representa una crisis en la que el modo de vida de la víctima queda trastornado.
- Antes del ataque, la mujer era considerada una mujer normal, que actuaba de forma adecuada, por lo que puede regresar a sus patrones de conducta con buen apoyo terapéutico.
- El tratamiento elegido para hacer volver a la mujer lo más pronto posible a su nivel anterior de actuación es de asesoramiento durante la crisis. El tratamiento debe estar orientado solo hacia ese problema.
- Si es necesario se acuda al lugar donde se encuentre la víctima y no solo esperar que llegue a consulta, pues tal vez no lo haga.

Mc Combie y Arons (1989; citado en Contreras, 2001) realizaron investigaciones sobre la atención psicológica de víctimas de violación y sus familiares, estos autores presentan estudios de casos y sus resultados en la aplicación de la intervención en crisis y subsecuentes sesiones. La intervención consiste en: Fase Inicial de Apoyo donde se establece la relación terapéutica, se identifica las necesidades principales de la víctima, se le informa sobre los cuidados médicos, asesoría legal y procedimientos, se traslada a la víctima para el uso de servicios de apoyo si es necesario, se le explican los sentimientos, emociones o pensamientos y síntomas que podría experimentar en el futuro, se realiza un plan de acción para los siguientes días antes de la próxima sesión, se realiza un contrato terapéutico en función de metas, sesiones, horarios y otros apoyos y se realiza una evaluación psicológica de las funciones principales (sentimientos, mecanismos de defensa, conductas desadaptadas y peligrosas, habilidades de afrontamiento y estilo de solución de problemas, relaciones sociales y la capacidad de hacer uso de ellas como contención emocional, su nivel de funcionamiento conductual presente, historia en situaciones críticas y forma de enfrentarlas, cómo ha cambiado su vida a partir del ataque, entre otras).

Con lo anterior se prosigue a trabajar en sesiones de terapia de crisis utilizando algunas técnicas como: Relajación, Manejo de Autocontrol, Entrenamiento en Asertividad, Uso de clarificación, generalización y reflexión de comunicación interna; Expresión Emocional y Toma de decisiones. En las

descripciones cualitativas de las consultantes atendidas, han encontrado resultados exitosos que pueden ser aplicados y extendidos hacia más personas que los requieran en centros comunitarios o en la clínica privada (Mc Combie y Arons, 1989; citado en Contreras, 2001).

Con esto se puede observar que la intervención en crisis se ha aplicado en casos de violencia en contra de las mujeres y que la mayoría de los resultados han sido satisfactorios, por lo que la propuesta solo será otra manera mejor de aplicar este tipo de intervención. Siempre es importante mencionar que será diseñada para aplicarse a mujeres.

3.7 PAPEL DEL PSICÓLOGO

De acuerdo con datos obtenidos por Contreras (2001) la mayor afectación de una persona que ha sufrido un ataque sexual, es el área psicológica (emocional, cognitiva y conductual) y es la que mas tarda en recuperarse, pues las secuelas pueden durar toda la vida si no recibe atención psicológica sensible, capacitada y profesional, lo que nos habla de que no solo es cuestión de apoyo solidario en las mujeres, es necesario que se este bien preparado para poder apoyar a las personas en crisis y a que superen en la medida de lo posible lo vivido para continuar su vida de la manera más exitosa posible, previniendo con esto problemas mayores que les permitan florecer en la vida.

En muchas ocasiones el apoyo que brinda una persona se reduce a una escucha comprensiva, solidaria y humana, pero no se realiza un proceso interpersonal de intervención psicológica con objetivos y metas, procedimientos y evaluaciones continuas, esto podría ser suficiente en una primera fase, pero también la persona requiere que su situación sea tratada con discreción y confidencialidad, y ofrecida por una persona profesional y preparada en este tipo de problemáticas (Contreras, 2001).

La capacitación del terapeuta no tiene que ser exhaustiva si no es su área principal de trabajo, pero si deberá haber tenido por lo menos algunos conocimientos previos generales para la orientación a la consultante, ya que esta en una situación sumamente vulnerable y una mala orientación, prejuicio o “consejo” podría afectarla más que ayudarla (Contreras, 2001).

La Intervención en Crisis puede realizarse por cualquier servidor público perteneciente al sector salud, siempre y cuando conozca este tipo de técnica, así como cuente con las herramientas y cualidades requeridas para ello. Pero en esta investigación el psicólogo es el tema de interés.

El terapeuta debe contar con: Conocimientos Amplios y Actualizados de la Psicología y el Desarrollo Humano, Experiencia Clínica, Credibilidad, Empatía, Comprensión Empática en procesos interpersonales, Cordialidad y Congruencia en su vida profesional y personal (Contreras, 2001).

El terapeuta debe contar con:

- Preparación profesional en psicología, desarrollo humano o intervención en crisis.
- Preparación teórico-metodológica sobre violencia.
- Sensibilidad respecto al problema que se aborda.
- Ética profesional.
- Actitud solidaria y humanista.
- Habilidades psicoterapéuticas.
- Actualización profesional.
- Disponibilidad.
- Entusiasmo profesional.
- Compromiso personal, profesional y social.

Una de las funciones primarias del clínico en intervención en crisis es comprender la “visión del mundo” de la persona en crisis y tratar de comunicarse con ella de una manera consonante con dicho enfoque. El terapeuta debe dirigir la relación de tal manera que la persona en crisis se sienta cómoda con la relación, que quiera formar un lazo de unión con el terapeuta. Al establecer un fuerte lazo es posible inducir a la persona en crisis a participar de forma activa en la resolución del estado de urgencia (Sullivan y Everstine, 2000)

El terapeuta de crisis debe cumplir con numerosas funciones y requisitos. Para lograr una intervención eficaz en el poco tiempo disponible, tiene que efectuar varias actividades casi simultáneamente: evaluar la naturaleza y gravedad del problema y la respuesta potencial del individuo; preguntar acerca de hechos relacionados con el conflicto; alentar y apoyar si es necesario; y observar cómo asimila el cliente la retroalimentación (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992).

Butcher, Stelmachers y Maudal (1992) mencionan que en una sola entrevista hay que alcanzar varios objetivos:

- Establecer una relación con el paciente.
- Reunir los datos necesarios para la evaluación que permitirá determinar el tratamiento más conveniente.
- Formular de manera tentativa el problema, e integrar el conflicto precipitante a la estructura de la personalidad. Implica elaborar una hipótesis funcional del precipitante y el consecuente peligro que representa para el individuo.
- Ofrecer al cliente cierta perspectiva del problema, lo que incluye explicarle sus mecanismos de adaptación adecuados e inadecuados en relación con dicho problema.
- Explorar nuevas formas de adaptación para que el sujeto enfrente la dificultad.
- Diseñar una estrategia para conseguir las metas acordadas y formular un contrato terapéutico si se juzga que es necesario un tratamiento de varias semanas.
- Ponerse de acuerdo para visitas futuras.

El terapeuta cuenta con varios medios eficaces que van desde escuchar con atención para demostrar su interés y poder elogiar o criticar la conducta del paciente, aconsejarlo, ofrecerle orientación con respecto a las instituciones que proporcionan determinada clase de apoyo que él necesita, o interceder con sus parientes (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992).

Tal vez el instrumento más valioso para lograr el cambio, lo constituye la conducta comprometida y objetiva del terapeuta cuando interviene en la situación de tratamiento. En la habilidad del terapeuta para proporcionar ayuda influye mucho la autoridad con la que desempeña su función. Se le considera un experto que tiene los conocimientos o el poder para auxiliar (Butcher, Stelmachers y Maudal, 1992).

Uno de los principales objetivos que todo terapeuta debe considerar al intervenir en una crisis es Reducir la mortalidad. Esto es, evitar de cualquier manera que la persona en crisis se dañe a sí misma o a otra persona.

Algunas de las tácticas que el psicólogo puede utilizar en la terapia de crisis recomendadas por Butcher, Stelmachers y Maudal (1992) son:

- Apoyo emocional. La intensidad de éste puede variar desde el simple reconocimiento de la existencia de la dificultad de una manera implícita, hasta brindar un fuerte respaldo verbal.
- Catarsis. Es indispensable que a los individuos en crisis que experimentan sentimientos muy intensos se les dé oportunidad de desahogarlos en la relativa seguridad de la situación terapéutica, expresando sus emociones con libertad y permitiendo que manifieste emociones intensas.
- Infundir esperanza y optimismo. Si el terapeuta es capaz de comunicar con sinceridad la esperanza de que el problema se resolverá, el individuo reaccionará positivamente y empezará a considerar con mayor flexibilidad que opciones tiene.
- Demostrar interés y participar activamente. El terapeuta debe interesarse por la situación y tomar parte en el relato.
- Escuchar selectivamente. El terapeuta de crisis debe ejercitarse para captar la información útil y pasar por alto los detalles secundarios, poco manejables o que no tengan una utilidad práctica.
- Información veraz. Es necesario que el terapeuta ofrezca información veraz sobre el problema del cliente y de una explicación breve pero bien fundamentada.
- Formulación del problema. Sintetizar los impulsos que actúan en el sujeto, los conflictos consecuentes que ha experimentado y sus mecanismos ineficientes, ayuda a organizar la información obtenida a determinar la dirección de la terapia.

- Ser firme y directo. Saber en que momento proporcionar retroalimentación o interpretaciones al cliente.
- Predicción de consecuencias futuras. Explicarle al cliente las posibles consecuencias de su conducta sirve para hacer que el individuo reflexione sobre lo que puede suceder sino modifica su modo de vida.
- Orientación y sugerencias directas. El terapeuta ostenta “cierta” autoridad que contribuye a generar el cambio; además es fundamental que el terapeuta valore el dar o no sugerencias, y que tan adecuadas pudieran ser.
- Fijación de límites. El terapeuta necesita establecer reglas explícitas para detener conductas inadaptadas y ayudar al paciente a controlarlas.
- Detección y reforzamiento de los mecanismos de adaptación. Cuando todos los elementos necesarios para el cambio existen en la experiencia y capacidad de adaptación del cliente, solo se necesita que el terapeuta los descubra y refuerce.
- Confrontación. En esta técnica se necesita confrontar en forma directa u enérgica las ideas o la conducta del paciente. De esta manera, se logra que el sujeto inmovilizado comience a reconsiderar su problema de una manera crítica.
- Imposición de obligaciones concretas. Implica asignar una tarea fácil de realizar pero que dé una idea del interés del cliente por buscar una solución a sus problemas.
- Contrato terapéutico. Consiste en fijar una serie de metas concretas para el programa de tratamiento. Se debe hacer un plan de cambio en el cual se defina la conducta que se debe modificar, cómo se logrará esto y a quién le corresponde hacerlo.
- Participación de terceros. Conviene que el terapeuta consiga que los allegados del cliente colaboren para modificar las presiones que afectan al individuo. Todas las colaboraciones externas deben ser comentadas en detalles con el cliente.

A lo largo de este capítulo se han detallado las características propias de la Intervención en Crisis, en algún momento se menciona que esta intervención podría ser dada por personas sin importar la profesión, siempre y cuando conocieran detalles de violencia (en este caso), de la definición y características de crisis, así como de conocer herramientas terapéuticas que ayuden a superar la etapa de crisis.

Sin embargo, al revisar los datos bibliográficos, y sin menospreciar a nadie, se observa que el psicólogo a lo largo de su vida profesional conoce y aplica herramientas terapéuticas utilizadas en la intervención de crisis. De esta manera el psicólogo es uno de los profesionales que mejor que nadie podrían llevar a cabo una intervención para ayudar a que la mujer supere la etapa de crisis que le ocasione la violencia.

CAPITULO 4: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

En capítulos anteriores se describió lo que es violencia, tipos, causas y consecuencias, así como el surgimiento de la violencia contra las mujeres; la intervención en crisis ayuda a las personas a lograr un crecimiento a partir de la violencia debido a que incluye una serie de técnicas que el terapeuta puede utilizar para dar herramientas y lograr un crecimiento a partir de la crisis.

A continuación se presenta la Propuesta de Intervención en Crisis que surge a partir de los datos recabados a lo largo de este trabajo. Esta propuesta incluye ciertas recomendaciones para la Atención Integral de una Mujer que ha sufrido algún tipo de violencia.

La metodología llevada a cabo para lograr la propuesta consistió en: hacer una revisión teórica acerca de qué es la violencia, violencia contra la mujer, tipos en que se divide, causas que la provocan y los efectos que ocasiona. Además se investigó acerca de que es una intervención en crisis, los modelos que existen y las técnicas que el terapeuta puede utilizar para lograr resultados favorables.

Después de está revisión se redactó una entrevista (Anexo 1) de 10 preguntas que fue aplicada a 40 mujeres que habían sufrido violencia física, psicológica y/o sexual. Con los resultados obtenidos de la entrevista se lograron la intervención de primera, segunda y tercera instancia, que a continuación se mencionan.

El Objetivo de este trabajo es realizar una entrevista para conocer los tipos de violencia que sufren las mujeres, así como causas y consecuencias; además de preguntar si conocen a dónde acudir cuando quieren denunciar la violencia y cuáles son las preguntas que les gustaría les hicieran.

La población utilizada fue de 40 mujeres identificadas previamente como potenciales a recibir o haber recibido violencia física, psicológica y/o sexual.

El procedimiento realizado consistió en aplicar una entrevista de 20 preguntas abiertas acerca de algún hecho violento que sufrieron, llámese asalto, golpes, insultos. Además se les preguntó de qué manera les hubiera gustado ser atendidas en algún centro de atención a la violencia al que hayan asistido: qué preguntas deberían hacerles, qué personas, en qué momento, así como lo que no deberían hacer.

También se les preguntó que si no asistieron a denunciar las razones que tuvieron. Finalmente cuáles son las causas y consecuencias o reacciones que les ocasionó esa violencia.

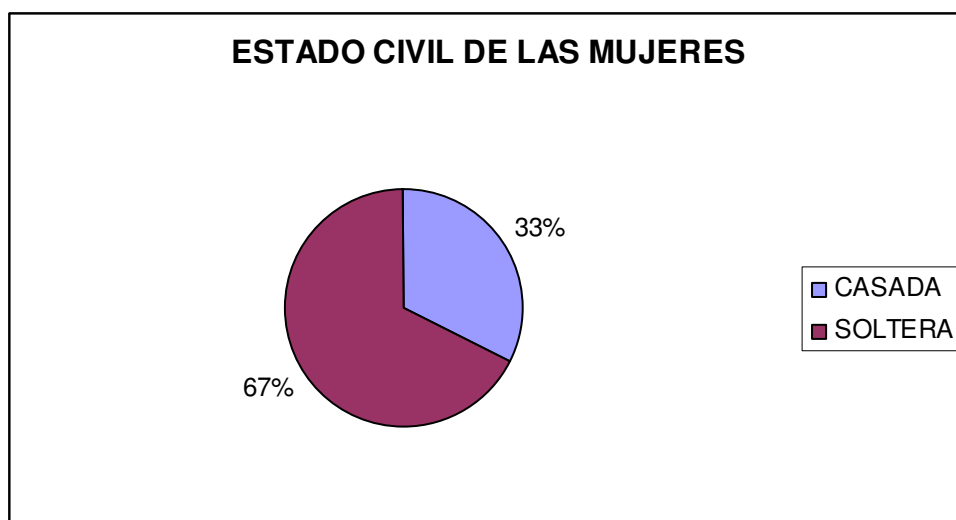
Con los resultados obtenidos de la primera entrevista se redactó un modelo de atención integral, ya que éstos delimitaran el cómo les gustaría a las mujeres ser atendidas cuando vayan a denunciar o busquen ayuda médica o

psicológica al sufrir violencia esto es, desde el trato hasta las preguntas que se les pueda hacer.

A continuación se muestran las gráficas que representan los resultados obtenidos de las preguntas realizadas a las 40 mujeres, así como los datos generales de las mismas.

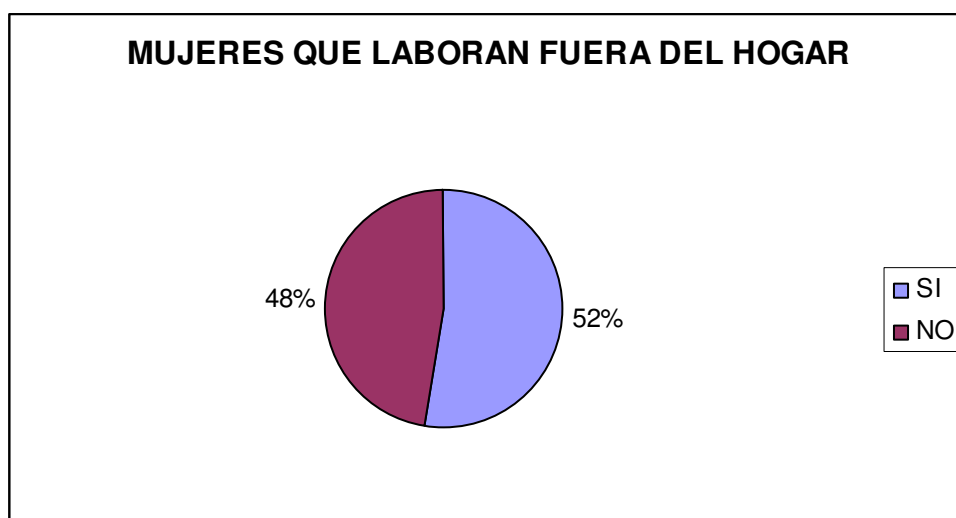
Datos Generales

El promedio de edad de las mujeres entrevistadas es de 33 años. Además 13 están casadas y 27 están solteras.



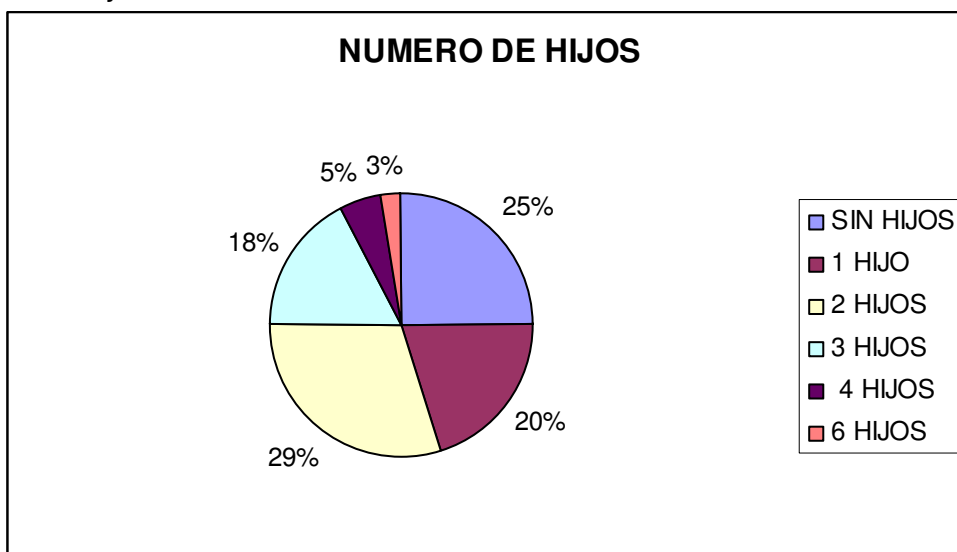
Gráfica 1: Porcentajes correspondientes al estado civil de las mujeres entrevistadas.

Otro dato demográfico encontrado es que 21 de ellas trabajan y 19 de las mujeres no trabajan.



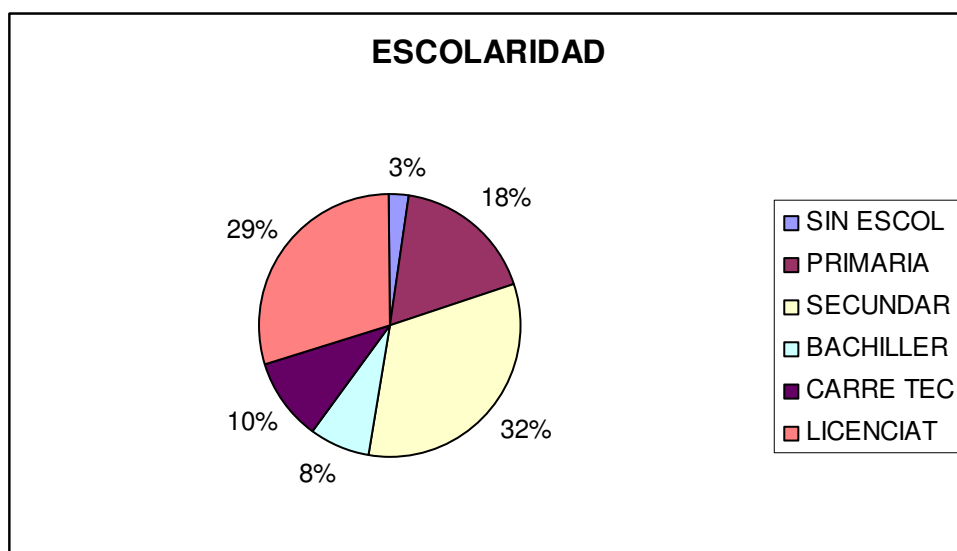
Gráfica 2: Porcentajes de las mujeres que contestaron que trabajaban y las que no lo hacen fuera de casa.

En cuanto al número de hijos se encontró que el 25% no tiene hijos; el 20% tiene un hijo; el 29% tiene 2 hijos; el 18% tiene 3 hijos; el 5% tiene 4 hijos y el 3% tiene 6 hijos.



Gráfica 3: se observa que el número de hijos más común es de 2 hijos. A continuación están las mujeres que no tienen hijos.

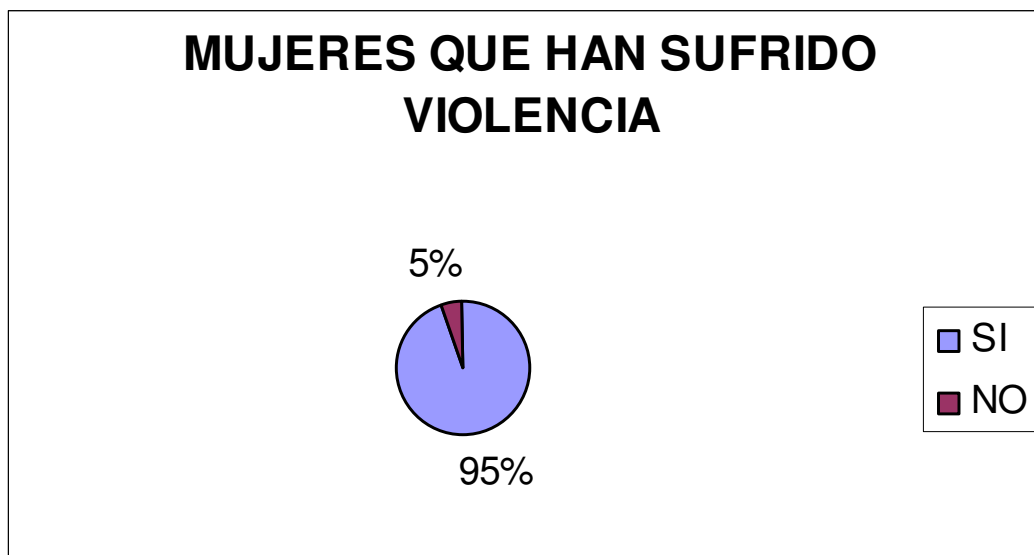
En cuanto a escolaridad, los resultados obtenidos son: el 3% no tiene escolaridad; el 18% tiene primaria; el 32% estudió hasta la secundaria; el 8% bachillerato; el 10% carrera técnica y el 29% estudió o estudia una licenciatura



Gráfica 4: muestra que el mayor número de mujeres tiene escolaridad secundaria y el porcentaje que le sigue son mujeres que estudian o estudiaron alguna licenciatura.

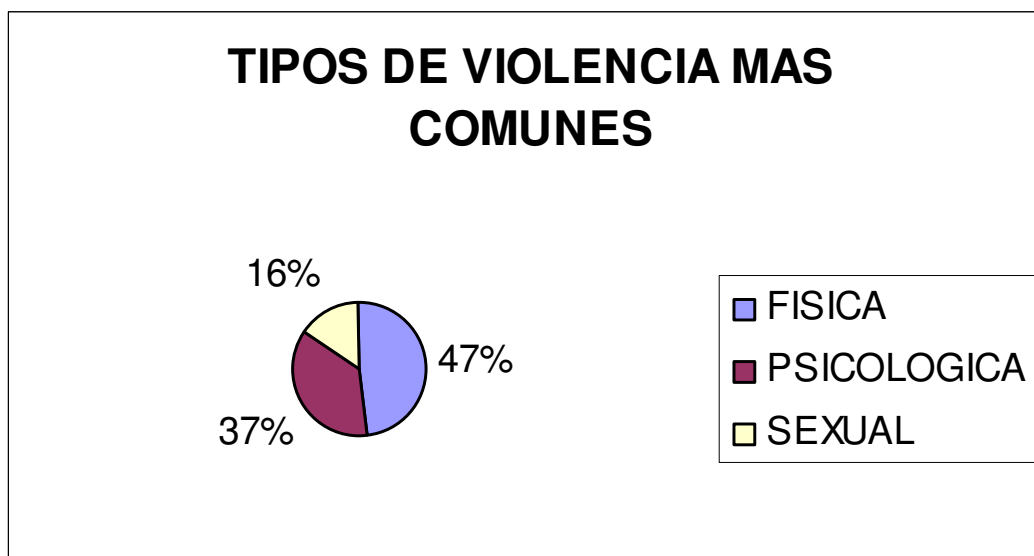
Resultados obtenidos de las entrevistas

Del total de mujeres entrevistadas, el 95% contestó que han sufrido violencia al menos una vez, como se observa en la gráfica.



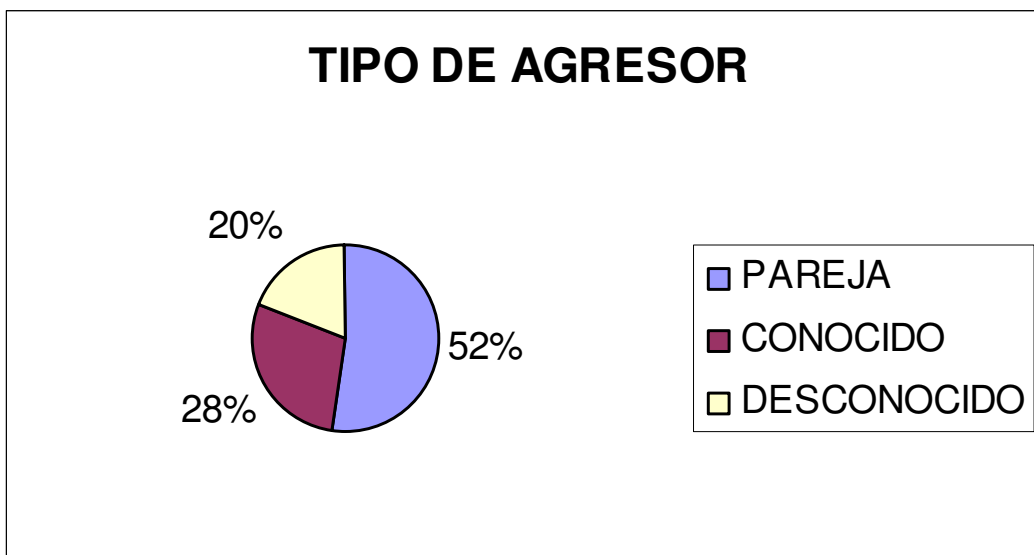
Gráfica 5: Muestra los porcentajes de las mujeres que contestaron si o no al preguntarles si han sufrido violencia.

La gráfica 6 muestra los tipos de violencia más comunes que contestaron las mujeres fueron: 47% violencia física, 37% violencia psicológica y 16% violencia sexual.



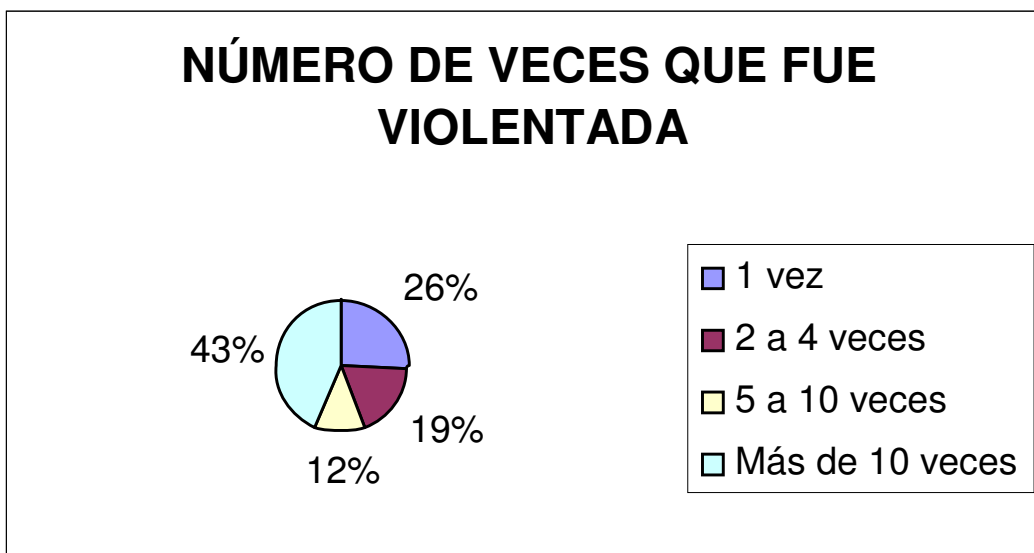
Gráfica 6: Muestra los tipos de violencia que ocurren con más frecuencia contra las mujeres.

Al preguntarles a las mujeres quiénes eran los agresores, ellas contestaron que el 52% de violencia es cometido por su pareja, sea novio o esposo; el 28% algún conocido, llámese familiar, amigo, jefe de trabajo o vecino; y el 20% contestó que una persona desconocida.



Gráfica 7: Muestra los tipos de agresores que violentaron a las mujeres.

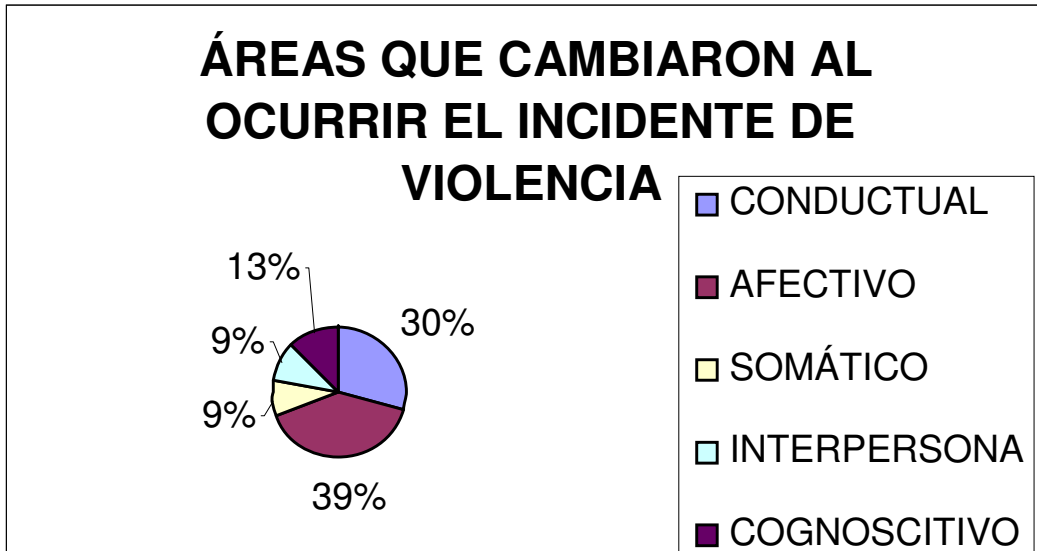
A las mujeres entrevistadas se les preguntó cuántas veces habían sido violentadas, siendo sus respuestas: 43% más de 10 veces, 26% una vez, 19% de 2 a 4 veces y el 12% contestó que de 5 a 10 veces (Gráfica 4).



Gráfica 8: Muestra el número de veces que las mujeres han sido violentadas.

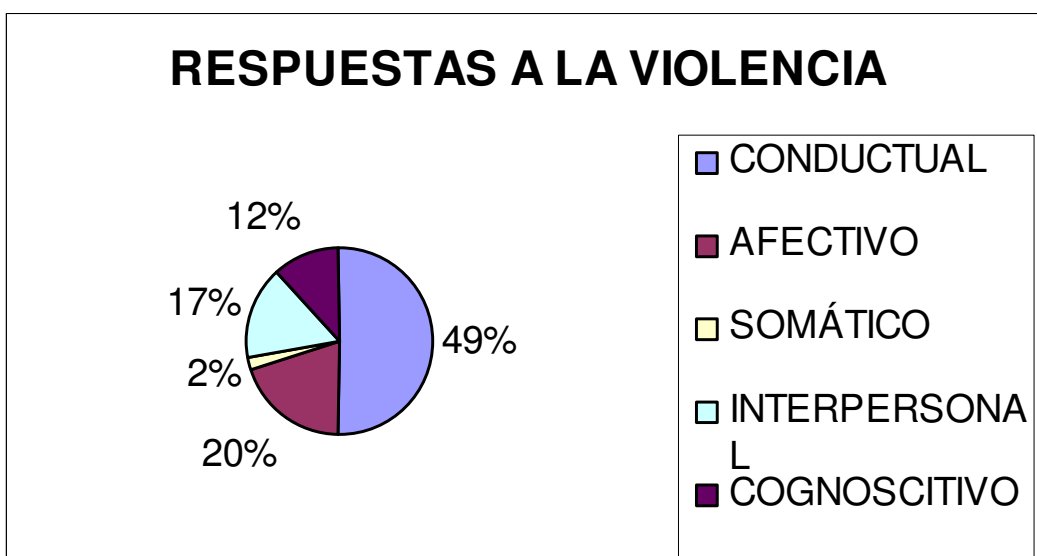
En las entrevistas se les preguntó ¿cómo se pusieron cuando fueron violentadas?, en la gráfica 5 se resumen las respuestas en las 5 áreas del CASIC, observándose que el área más afectada es el afectivo con un 39%, siguiéndole el conductual con 30%. Las respuestas del área afectiva fueron que se sintieron humilladas, tristes y mal como seres humanos. Entre las

respuestas del área conductual fue que lloraron, algunas se quedaron pasmadas y no hicieron nada.



Gráfica 9: Muestra las áreas que cambiaron al momento del incidente de violencia.

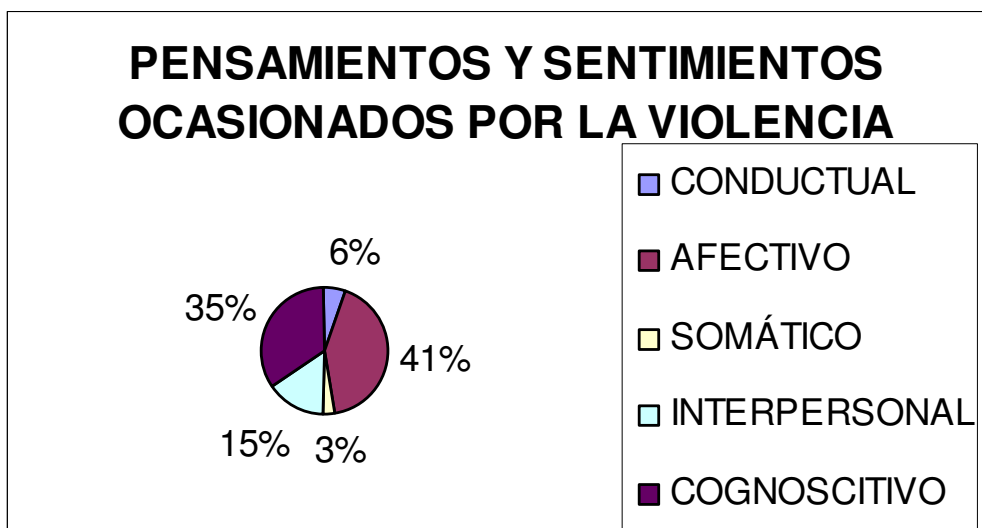
Otra de las preguntas que se les hizo a las mujeres es qué hicieron en el momento de ser violentadas, las respuestas también se englobaron en las 5 áreas del CASIC. En la gráfica 9 se muestra que el área donde mayores respuestas hubo fue la conductual con un 49%, el área afectiva con 20% y el área interpersonal con un 17%. Las repuestas del área conductual fueron no hacer nada, y otras salir corriendo. En el área afectiva fueron sentirse tristes, además de que se asustaron. En el área interpersonal las respuestas que dijeron fue alejarse de las personas con las que ellas se sentían protegidas (novio o esposo).



Gráfica 10: Muestra las áreas donde se presentaron las respuestas al episodio de violencia.

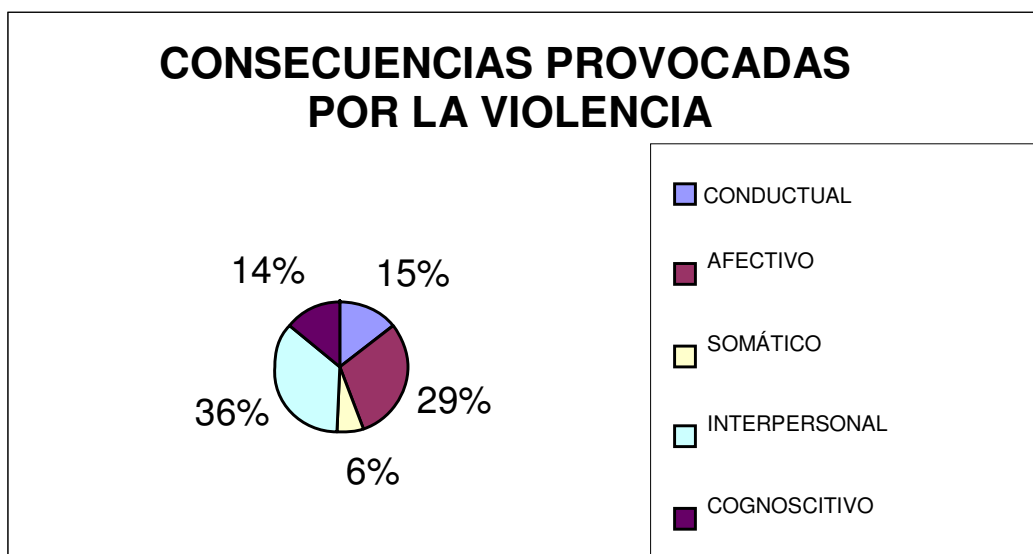
A las mujeres también se les preguntó que era lo que pensaban y sentían cuando fueron violentadas. El 41% relacionó estos pensamientos y sentimientos en el área afectiva; el 35% los relacionó con el área cognoscitiva, y el 15% con el área interpersonal (Gráfica 11).

Algunos de los pensamientos que tuvieron las mujeres fue sentirse humillada, como un objeto cualquiera; además pensaron que porqué a ellas les ocurría eso, también presentaron pensamientos de odio, rechazo hacia los demás.



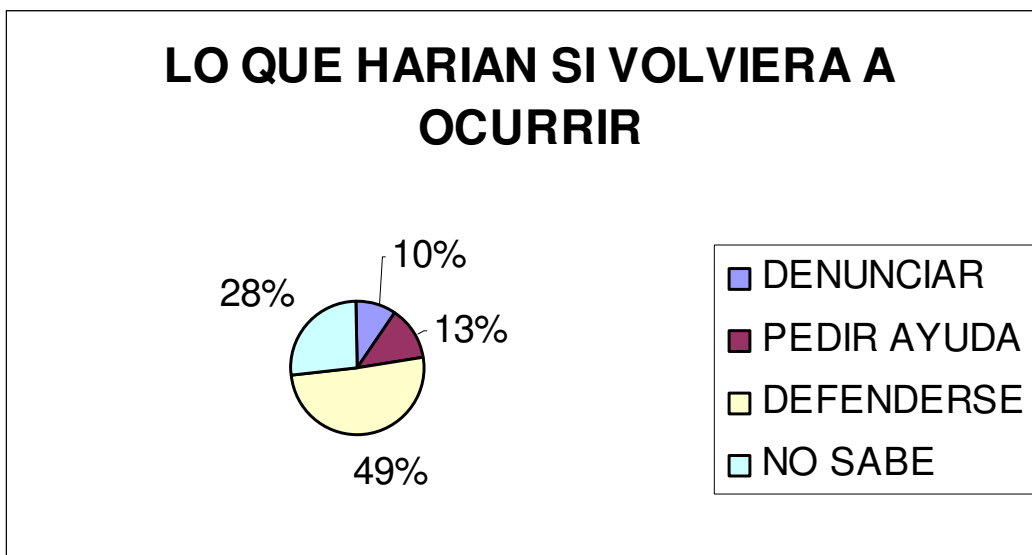
Gráfica 11: Muestra los pensamientos y sentimientos ocasionados por la violencia.

En la entrevista se les preguntó a las mujeres que consecuencias provocó la violencia, las respuestas fueron 36% en el área interpersonal, 29% en el área afectiva, además de 15% y 14% en el área conductual y cognoscitiva, respectivamente (Gráfica 12). Algunos ejemplos de las consecuencias fueron no tener otra pareja, alejarse de los hombres; no volverse a dejar humillar ni golpear. Y pensar que como mujeres y personas que son no dejarse menospreciar y quererse a sí mismas.



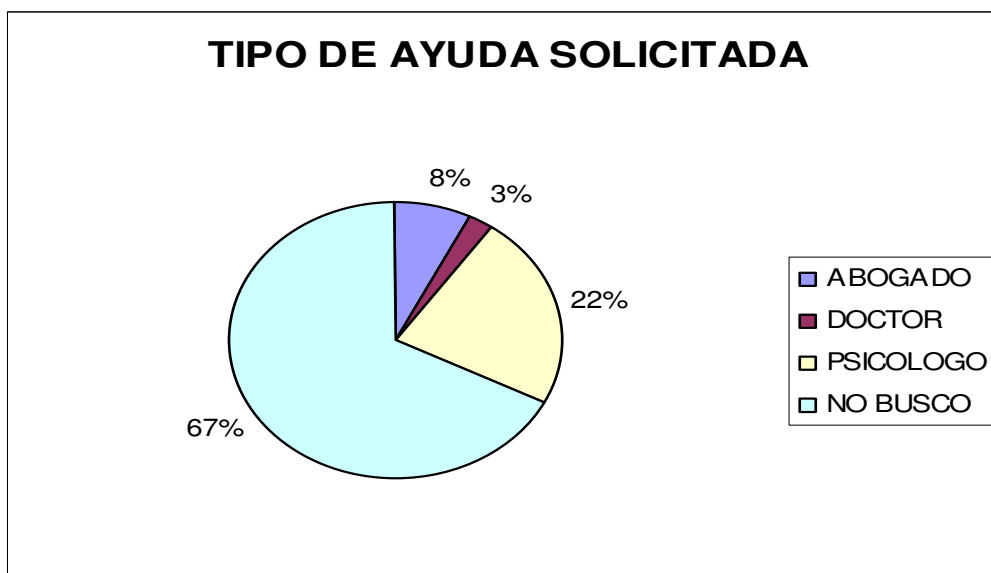
Gráfica 12: Muestra las áreas en las que se presentaron las consecuencias provocadas por la violencia.

A las mujeres se les preguntó que harían si les volviera a ocurrir que alguien las violentara, ellas contestaron que: 49% se defenderían, el 28% contestó que no sabe, el 13% contestó que pedir ayuda, y el 10% lo que haría sería denunciar (Gráfica 13).



Gráfica 13: Muestra lo que respondieron las mujeres cuando se les preguntó que harían si las volviera a violentar.

En la entrevista se les preguntó que tipo de ayuda profesional buscaron, las respuestas fueron: 67% no buscó ayuda, el 22% buscó ayuda psicológica, mientras que el 8% buscó ayuda legal y el 3% buscó ayuda médica (Gráfica 14).



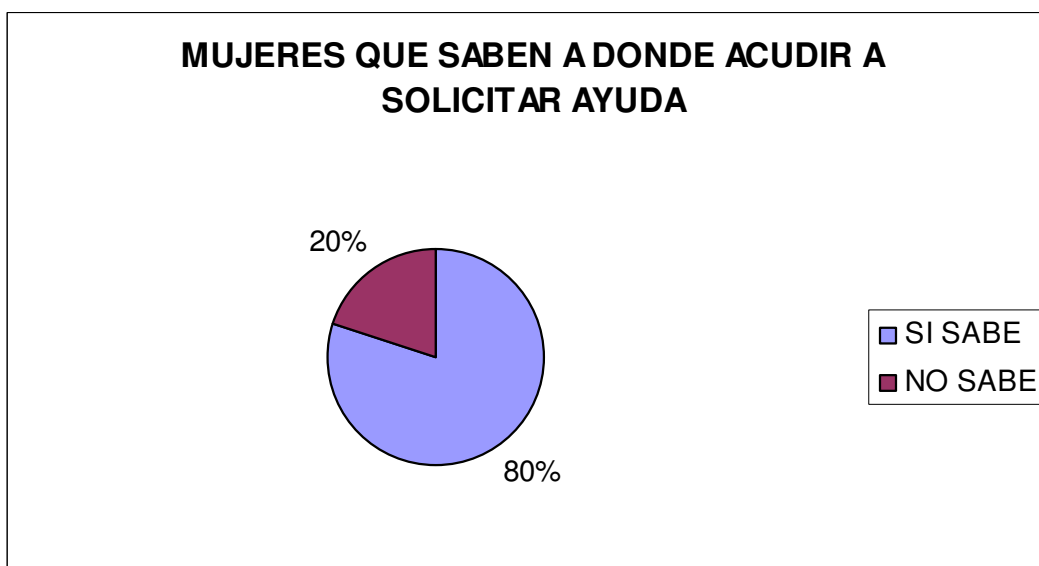
Gráfica 14: Muestra los tipos de ayuda que solicitaron las mujeres al ser violentadas. Se puede observar que el mayor porcentaje no busca ningún tipo de ayuda.

A las mujeres se les preguntó si habían denunciado el episodio violento, las respuestas fueron que el 72% no había denunciado y el 28% si denunció (Gráfica 15).



Gráfica 15: Muestra el porcentaje de mujeres que denunciaron y las que no lo hicieron.

Cuando se les preguntó a las mujeres si llegado el momento tuvieran que denunciar, si sabían en dónde hacerlo, el 80% contestó que si lo sabía y el 20% que no lo sabía (Gráfica 16).



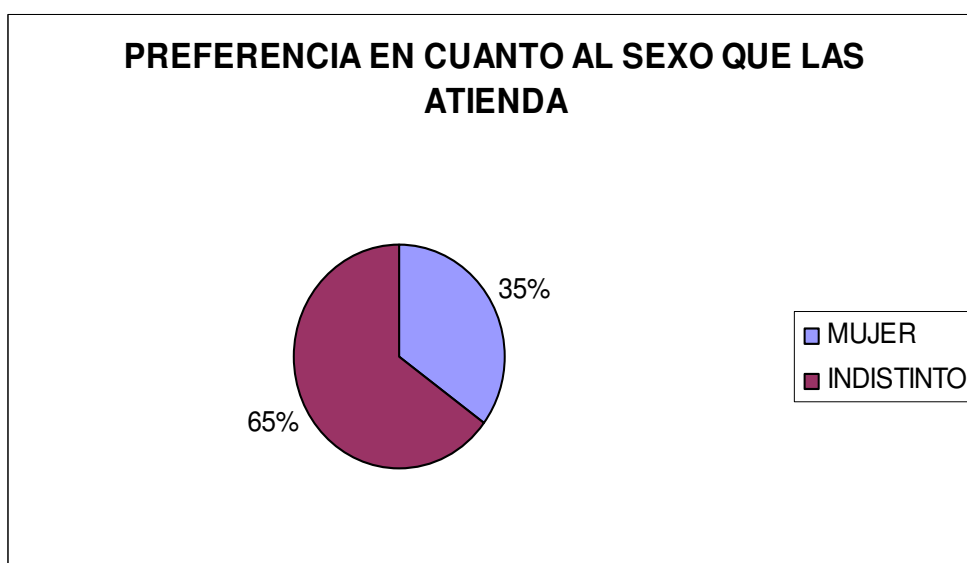
Gráfica 16: Muestra el porcentaje de mujeres que saben y no saben a dónde acudir en caso de hacer una denuncia.

Otra de las preguntas que se les hicieron a las mujeres fue que si les gustaría que las revisaran físicamente, el 62% contestó que sí y el 38% contestó que no (Gráfica 17).



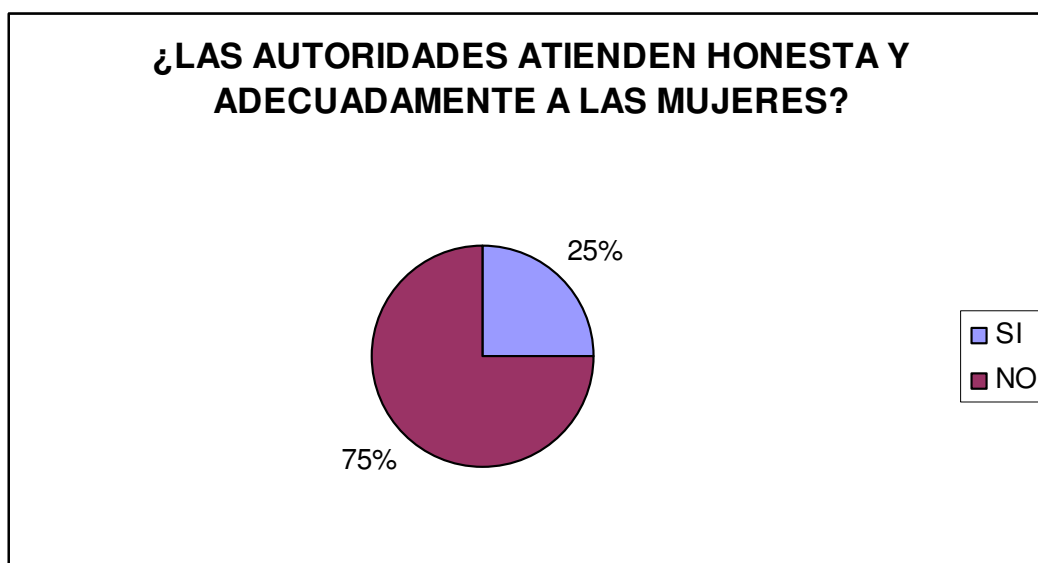
Gráfica 17: Muestras el porcentaje de mujeres que aceptaría o no una revisión física.

A las mujeres también se les preguntó que cuando fueran atendidas en caso de denuncia que persona les gustaría que las atendiera, si preferían mujer, hombre o les daba igual. Las respuestas fueron que 35% prefería ser atendidas por personas de su mismo sexo, es decir mujeres, ninguna contestó que por un hombre (por tal motivo no se graficó), y para el 65% de mujeres les daba igual el sexo de las personas que las atendiera (Gráfica 18).



Gráfica 18: Muestra el sexo de las personas que las mujeres preferirían que las atendiera.

Cuando se les preguntó a las mujeres si les parecía que las autoridades las atendían honesta y adecuadamente, ellas contestaron que el 75% consideraba que no y el 25% que sí (Gráfica 19).



Gráfica 19: Muestra los porcentajes de las mujeres que contestaron si las autoridades las atienden honesta y adecuadamente.

Cuando se les hizo esta pregunta, se cuestiono el por qué, y las respuestas fueron: las que contestaron que sí mencionaron que ya lo habían vivido y les habían dado el apoyo, y otras porque habían escuchado que las autoridades si hacían algo.

Las mujeres que contestaron que no, decían que porque también lo habían vivido y si no tenías dinero para que se apuraran a solucionar tu problema, pues no lo hacían; otras contestaron que por ser mujeres no les creían o les insinuaban que ellas tenían la culpa; otras más dijeron que eran gente sin escrúpulos y no hacían nada, o se tardaban mucho tiempo en tomar tu declaración y mucho más en dar una respuesta o solución; a veces también les pedían indicios para creerles, sino no hacían caso. Algo en lo que la mayoría coincidió es en el hecho de que por ser mujer no se les hace caso, además se les insinúa que deben ser sumisas, débiles y si no son así, el hombre puede golpearlas, y eso es irrelevante y por ello no le dan importancia.

En la entrevista se hicieron algunas preguntas que no se graficaron. Una de éstas fue que al acudir a denunciar que preguntas les gustaría que hicieran; entre las respuestas dijeron que: ¿Quién fue?, ¿Qué pasó?, ¿Cómo se siente?, ¿Cómo pasó?, ¿En qué la podemos ayudar?, ¿Cuánto tiempo duró?, ¿Cómo era la persona? Cabe mencionar que algunas de las mujeres dijeron que no sabían, y otras que no les gustaría que les preguntaran nada. Una de las mujeres entrevistadas contestó que cualquier cosa podían preguntar, pero lo que a ella no le gustaba era que en la delegación esperaban que las mujeres llegaran con el ojo morado para que las atendieran.

También se les preguntó lo que no les gustaría que les preguntaran. Entre las respuestas se mencionó que: la revisión física, ¿Por qué pasó eso?, ¿Qué si ella tuvo la culpa?, cosas innecesarias. Algunas mujeres contestaron que nada, que todo podían preguntar, siempre y cuando lo hicieran con una actitud de respeto, sin actitudes ofensivas y que no las discriminen.

Una más de las preguntas fue acerca de que les recomendarían a otras mujeres que han sufrido violencia. Las respuestas fueron: que no se dejen, que se quieran y pidan ayuda, que no se queden calladas y denuncien, que busquen ayuda profesional, que pierdan el miedo, que se valoren como mujer, que no lo vuelvan a permitir, que defiendan sus derechos y que no se dejen caer, que de esa experiencia crezcan y salgan adelante.

Para finalizar la entrevista, a las mujeres se les preguntó que como les gustaría ser tratada por los servidores públicos y ellas contestaron que: con educación y las hagan sentir seres humanos; con mayor respeto, que sean amables y atentos; que les crean, que cumplan las funciones que les corresponden; que les pongan atención, que den un trato igual a todos, como ciudadanos que son; además con honestidad y se enfoquen a atender las necesidades de la persona, y realmente hagan algo.

A partir de los resultados obtenidos se inicia el desarrollo de la propuesta de Intervención en Crisis.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

-NIVEL INFORMATIVO

En las respuestas de las mujeres entrevistadas se destaca información que puede ser utilizada en la realización de la propuesta de Intervención en Crisis que se le brinda a mujeres que han sufrido violencia de tipo psicológica, física y/o sexual.

Algunas de las recomendaciones que pueden utilizarse en la Propuesta de Intervención en Crisis para mujeres que han sido violentadas son: en primer lugar, dar mayor información a las personas tanto hombres y mujeres acerca de la violencia. Ya que algunas de las mujeres entrevistadas consideraban que insultos, humillaciones y gritos no eran violencia, sólo los golpes. Hacerles ver que éste es otro tipo de violencia.

Además cuando se les brinde el apoyo psicológico aplicarles el cuestionario de Síntesis de la valoración de la crisis (Anexo 3) para conocer en qué áreas del CASIC se debe comenzar a trabajar. Por ejemplo el área afectiva, ya que las mujeres decían que se sentían desvalorizadas, tristes, con miedos; así como el área interpersonal, pues decían que desconfiaban de las demás personas y que preferían estar solas. Claro, tampoco se puede dejar de lado, las áreas cognoscitiva, conductual y somática. Por ello es necesario hacer un estudio detallado para saber por qué área comenzar o cuál es la que tuvo mayores consecuencias negativas.

Darles a las mujeres, de todas las edades, información acerca de que mucha de la violencia es generada por la pareja, que eso no debe ser así, ya que nadie puede violentar a otro, y no por ser el esposo puede golpearlas o hacerlas sentir menos; que todas las personas somos seres humanos que merecemos respeto. Así que ellas no deben seguir dejándose maltratar o humillar.

- MARCO LEGAL

Es de suma importancia mencionarles a estas mujeres que han sufrido violencia que las leyes mismas avalan el derecho a La No Violencia. Sería interesante que en algún momento pudieran conocer la Declaración Universal de los Derechos Humanos; un fragmento se presenta a continuación.

“La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Como instrumento interpretativo de la Carta de las Naciones Unidas constituye el primer texto jurídico vinculante sobre el tema de los derechos humanos (Binstock, 1997, II-C).

Su articulado cubre el tema de la violencia contra la mujer al señalar que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos ..." y que "toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta

Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo ..."; y, al enumerar estos derechos, se incluye el derecho a "la vida, a la libertad y a la seguridad ...", a no ser sometido a "tratos crueles, inhumanos o degradantes" (arts. 1, 2, 3 y 5).

La Declaración reconoce a "toda persona... derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley" (art. 8)

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer puede entenderse como un desarrollo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en relación a la mujer y, fue necesaria por el histórico predominio del hombre sobre la mujer, reconocido por las leyes y las tradiciones culturales y religiosas. La Convención, aunque trata el tema de la violencia contra la mujer sólo tangencialmente, como texto jurídico vinculante (Binstock, 1977, II-B), es base suficiente para exigir a los Estados medidas legislativas y administrativas para prevenir, investigar, castigar la violencia y reparar el daño causado.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1993 adopta la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, cuya finalidad es reforzar y complementar el proceso de aplicación de la Convención y, sobre todo, hacer visible a nivel internacional la preocupación por la violencia contra la mujer. Para ello, después de definir la violencia contra la mujer hace un llamado a los Estados partes para castigar e indemnizar los daños causados a las mujeres sometidas a violencia, para que se les provea de la posibilidad de acceder a la justicia y para darles a conocer sus derechos y los procedimientos para hacerlos valer.

Asimismo, se sugiere a los Estados incluir medidas en los planes nacionales de acción; tomar medidas legales, políticas, administrativas y culturales para prevenir la violencia contra la mujer y con asignación presupuestaria. En particular, convoca a los Estados a asegurarse de que la revictimización de la mujer no se produzca por leyes insensibles a la consideración de género. Es de destacar que la Declaración incluye un llamado de capacitación y sensibilización para los funcionarios responsables de la prevención, investigación y castigo de la violencia contra la mujer" (Binstock, 1998).

Esta información es de utilidad para las mujeres pues conocen las medidas que se han tratado de implementar mundialmente para terminar con la violencia contra la mujer. Si las mujeres conocieran estos detalles podrían empezar por cuidarse a sí mismas e implementar propuestas para ponerle un alto a toda violencia.

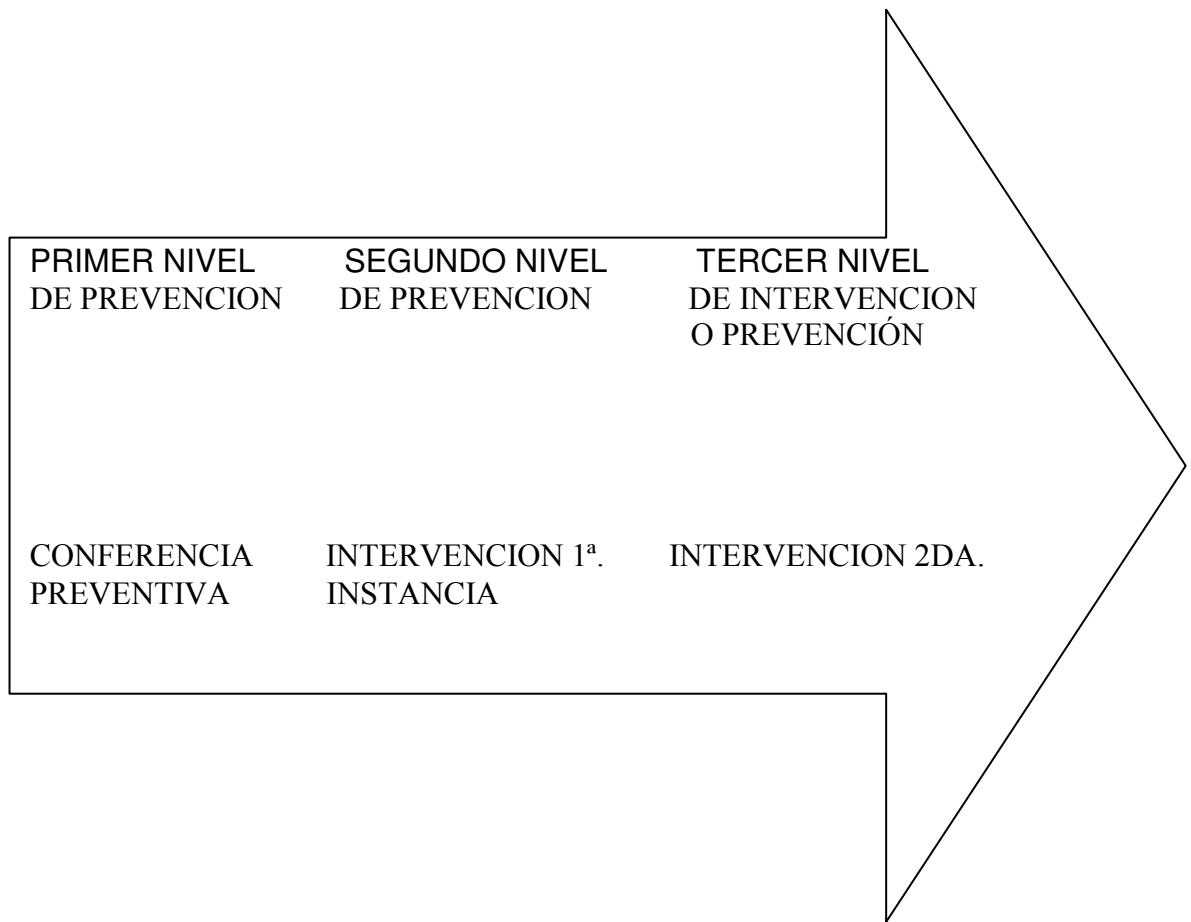
Otra información que se les debe dar a las mujeres es acerca de dónde se puede hacer una denuncia ya que está información es fundamental; además de hacerles saber que serán apoyadas en la búsqueda de una solución.

En México existen diversas organizaciones que tienen como objetivo apoyar a la mujer en todo lo necesario para su desarrollo personal. En el anexo se enlistan algunas de éstas instituciones.

Las recomendaciones al momento de denunciar un hecho violento son:

1. Cuando una mujer vaya a denunciar que ha sufrido violencia se le trate con el respeto que merece como ser humano.
2. Dar muestras de interés en cualquier caso presentado por una mujer.
3. Informar a la mujer de los pasos que se deben llevar a cabo para la denuncia, haciéndole saber el tiempo que puede durar el proceso.
4. Cuando una mujer denuncie preguntar primero, por cómo se encuentra y si necesita algo.
5. Cuando se tengan que hacer las preguntas de rutina, para saber lo que pasó, hacerlo con delicadeza y sin juicio alguno, para generar confianza en la persona que solicita ayuda.
6. Nunca mostrar una actitud culpabilizadora o enjuiciadora acerca de lo que se les esté confiando.
7. Las preguntas deben ir siempre encaminadas a tratar de resolver el problema que se presenta.
8. Darles a conocer a las personas que es preferible tener pruebas; pero, si una persona no va con el rostro desfigurado o golpes a la vista, de todos modos recibirá la ayuda requerida.
9. Informarle a la mujer que en caso de violencia física o sexual es necesario una revisión física, y ésta será respetuosa y cuidadosa, sin ofender a la mujer.
10. Cuando un médico debe hacer la exploración física no debe mostrar otro interés mayor al que su profesión lo amerita, ni hacer sentir a la mujer ultrajada de nuevo.
11. En caso de ser posible, que la mujer sea atendida por una persona del mismo sexo, para que pueda mostrar mayor confianza y empatía. Esto no es imprescindible, sin embargo el 35% de las mujeres encuestadas contestaron que les gustaría que fuera así. En caso de que un hombre la atiende, debe mostrarse respetuoso, atento y sin ningún otro interés más de dar un apoyo a la mujer.
12. Dar un seguimiento a la denuncia, tratar de no hacer que las mujeres se tarden más de lo necesario en declarar y firmar la denuncia. Si esto debe ser así, al menos comunicárselo para que ella esté informada.
13. Dar información a las mujeres acerca de los centros de apoyo psicológico en las delegaciones o municipios, a donde pueden acudir en caso de necesitar intervención psicológica posterior.

Modelo de atención



4.1 INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA: CONFERENCIA PREVENTIVA SOBRE VIOLENCIA EN LA MUJER y TRATAMIENTO PARA MUJERES DE MANERA INDIVIDUAL

4.1.1 CONFERENCIA PREVENTIVA

Contexto:

La violencia contra las mujeres es un tema difícil de tratar, además se ha observado que es más frecuente en relaciones de pareja. Por ello es conveniente dar este tema en jóvenes a temprana edad, tanto a hombres como a mujeres.

Objetivo:

Dar una plática preventiva acerca de la violencia contra las mujeres para evitar estos actos y las consecuencias generadas por ellos.

Materiales y duración:

- Trípticos.
- Pizarrón
- Gises
- Hojas de rotafolio

La duración es de 3 horas.

Los temas a describir son:

Mujer. Aspectos sociales.

Violencia. ¿Qué es? Características principales. Causas. Efectos.

Violencia en la mujer

- Tipos
- Causas
- Consecuencias

Resultados de entrevistas realizadas a mujeres que han sufrido violencia.

Las actividades que se llevaran a cabo serán preguntas abiertas acerca de los temas explicados.

También se realizarán juego de roles, entre los estudiantes para que puedan observarse a sí mismos y conocer la forma en que reaccionarían. Para esto se les pedirá la participación a 4 estudiantes para que interpreten los roles de una pareja de novios, de esposos y de desconocidos que sufren violencia. Esto con la finalidad de observar cómo visualizan esta problemática y qué solución le pueden dar.

Finamente se les enseñará una técnica de relajación, para que puedan conocer en qué consiste y cómo pueden autoaplicársela en momentos de estrés o confusión.

Además se les darán las siguientes estrategias que deben tomar en cuenta para evitar la violencia.

Son las siguientes:

- En la Calle:
 - Caminar en sentido contrario a la circulación de los vehículos
 - Caminar a la orilla de la banqueta
 - Si creen que las siguen, atravesar la calle para confirmar. Si esto es positivo, ir a algún lugar donde haya gente y pedir ayuda. Llamar por teléfono para que vayan por ellas.
 - No caminar a altas horas de la noche.
 - Mantenerse alerta a cualquier hora del día.
 - Caminar por lugares iluminados
 - Evitar caminar por lugares donde hayan trailers o vehículos grandes estacionados
 - Evitar caminar donde haya grandes grupos de varones
 - Evitar el uso de zapatos incómodos, para caminar deprisa o correr en caso de necesitarlo

- Evitar el uso de faldas largas o amplias
- Llevar las llaves de casa en la mano cuando vayan por la calle
- Si son personas que fuman: encender un cigarro cuando vayan por lugares solitarios
- Caminar con seguridad, siempre estando alerta
- No hablar con desconocidos
- Trazar la ruta más directa al lugar donde se dirigen
- Evitar paquetes y bolsas que dificulten reaccionar con rapidez
- En caso de necesitar ayuda gritar "FUEGO", para que así la gente se acerque
- Cambiar periódicamente de ruta y horario
- No usar audífonos en la calle

- En el Transporte Público:
 - Llevar dinero de emergencia fuera de la cartera o bolsa, no llevarlo todo en el mismo lugar.
 - Nunca quedarse dormido
 - Bajarse del transporte cuando se esté quedando vacío y haya gente abajo. En caso de lugares solitarios o sin luz bajarse cuando lo hagan otras personas, en especial mujeres.

- En el auto
 - Llevar las llaves a la mano para no empezar a buscarlas en el momento
 - Si alguien las sigue cambiar de ruta inmediatamente

- En la casa
 - Si viven solas no hacerlo público
 - No recibir la visita de personas extrañas
 - Si les hablan por teléfono y viven solas, fingir que están con alguien más.
 - Si las visitan personas que acaban de conocer, no dejarlas pasar a la casa.
 - Tener luces encendidas cuando se esté sola.

Estas estrategias pueden utilizarse como medidas de seguridad, para prevenir actos violentos.

Si les llegará a pasar que estuvieran ante una posible violación, lo que se les recomienda hacer es:

- Mantener la calma
- Gritar fuego y buscar ayuda (si lo pueden hacer)
- Mantenerse alertas ante posibles datos, y nunca mirar a la cara del agresor
- Determinar características generales para su posible identificación (como olor, edad, tono de voz, ropa, alguna marca en el cuerpo)
- No demostrar miedo, no intentar oponer resistencia física
- Evaluar la situación antes de defenderse y si observan que puedan tener éxito hacerlo. Si ven que no se puede hacer nada, mejor no intentar algo que a lo mejor será más perjudicial

Cuando ha ocurrido algún evento violento, el daño principal es el emocional. Para enfrentar estos aspectos emocionales, algunas técnicas que pueden utilizar son: - Contárselo a alguien, -Llorar, para sacar el enojo, - Asistir a terapia. En el primer caso, el contarle a una persona el hecho traumático puede ser de utilidad para sentirse un poco aliviada, pues la escuchan y pueden ayudarle a tomar una solución. En el segundo caso, el llorar puede ayudarle a sentirse un poco tranquila, y con ello encontrar el camino a seguir. En el último caso, el asistir a terapia es una decisión conveniente, que es de mucha utilidad y puede dar excelentes resultados.

Evaluación

Para evaluar lo aprendido se aplicara una encuesta de 10 preguntas acerca la información dada, así como preguntando si alguna vez han sufrido violencia o conocen a alguien que la haya sufrido (Anexo 2).

4.1.2 TRATAMIENTO PARA MUJERES DE MANERA INDIVIDUAL

Contexto:

La propuesta está diseñada para aplicarla a mujeres que hayan sufrido violencia en un lapso no mayor a 3 meses.

Objetivo:

Reestablecer el enfrentamiento inmediato, dar apoyo y reducir la mortalidad de las mujeres que han sufrido violencia.

Duración y escenario:

La duración es de una sesión de 1 a 2 horas aproximadamente.
El lugar es un cubículo con dos sillas, ajeno a cualquier ruido y con buena iluminación.

Actividades:

1. Establecer contacto psicológico

En primer lugar solicitar a la mujer nos relate qué fue lo que le pasó, cómo se siente, además de lo que piensa; es decir utilice la técnica de escucha activa. Es indispensable que el terapeuta se muestre atento, sea empático con la persona, para que ésta se sienta segura y escuchada. Con esto puede ocurrir que la mujer tenga una catarsis, sintiéndose con ello mejor. En las respuestas que dijeron las mujeres entrevistadas, lo que ellas piden es sólo que las escuchen con respeto, y se les pregunté ¿Qué les pasó? ¿Cómo se sienten? ¿Qué necesitan? ¿En qué les pueden ayudar?

El terapeuta puede brindarle su apoyo mostrándole atención, siendo sincero, genuino y dando confianza. La empatía es de suma importancia ya que la mujer se sentirá en contacto con una persona que no la rechaza o juzga lo que le pasa.

Descripción del problema.

Es importante que la mujer en crisis presente el problema que a su parecer tiene, es decir exponga la problemática que le ocurrió. El que platique cómo se siente y qué pensamientos tiene ayudará a conocer en que área se debe comenzar a trabajar.

El terapeuta tiene que mantenerse al lado de la persona, es decir escuchándola y mostrándole su apoyo.

Es de suma importancia hacerle notar a las mujeres qué no deben ser violentadas por ninguna persona además los tipos de violencia que existen y las leyes apoyan a todas aquellas personas que han sido o son violentadas. Esto con el fin de que conozcan realmente que su situación es grave.

La técnica que se recomienda dar es la de relajación. Esto es, después de que la mujer comente el problema que presenta; hay que darle unos minutos para que se muestre tranquila. Antes de esta técnica se le pedirá que inhale por la nariz y exhale por la boca "inhala, exhala; otra vez, inhala por la nariz, muy bien, saca el aire por la boca". A continuación, se le dan las siguientes instrucciones "Cierra los ojos, empieza a sentir las partes de tu cuerpo, ahora vamos a ser un ejercicio de tensión-distensión, para ello necesito que tus manos las aprietes fuertemente, sin lastimarte, ahora suelta déjalas libres. Ahora vamos con los pies, aprieta, suelta; seguimos con el cuello, bien presiona, suelta. Ahora con el cuerpo completo, aprieta, ténsalo; muy bien suelta, respira: inhala, exhala, bien, una vez más inhala, exhala".

Esto con el fin de pasar a la siguiente fase con el paciente lo más relajado y tranquilo posible.

Búsqueda de soluciones

En esta fase se exploran las posibles soluciones que se le podrían dar a la problemática de la mujer. Las soluciones se buscan en todas las áreas: afectiva, somática, conductual y espiritual. Se comienza por el área que está más afectada-

Se busca la solución que puede darse por sí misma y aquella en la que intervienen otras personas. Para esto se le pregunta a la mujer qué es lo que piensa hacer ahora, debemos indagar si ha pensado en soluciones o si sólo se ha enfocado en el problema.

Si no ha pensado soluciones le podremos brindar asesoría para que comience a hacerlo. Cuando ya tenga dos o tres soluciones que puedan hacerse en los próximos días se le pide que explore estas alternativas viendo ventajas y desventajas para que se dé cuenta cuál de ellas puede ser la mejor.

El terapeuta debe mostrar confianza. Además si al paciente no se le ocurran soluciones ayudarle dándole una “lluvia de ideas” para que no se sienta solo, y vea que si se busca se encontrara la solución. Una forma es haciéndole preguntas tales como: ¿Qué crees que ocurra si hicieras “esto” y si hicieras “esto otro”? ¿Cómo lo podrías hacer? ¿Si lo haces así funcionaría? y ¿si no es así que harías? ¿A quién buscaría para que te ayude? Y ¿si no quiere hacerlo? ¿Podrías tu sola?, entre otras.

Se le puede dar los datos de las diferentes instituciones que apoyan a las mujeres que han sufrido violencia para que sepan que no son las únicas que han pasado por esta situación, sino que hay otras mujeres que han pasado por lo mismo y están en búsqueda de solución. El apoyo puede ser médico, legal y/o psicológico (Ver anexo 5).

Implementación de la solución

En el momento de hacer las preguntas iniciales de ¿cómo se siente? Y ¿qué es lo que necesita?, podemos utilizar las respuestas para apoyar en la búsqueda de soluciones.

Ahora que la mujer ha descrito posibles soluciones es momento de ayudarle a darse cuenta de cómo podría realizarlas. Esto se realiza con el modelamiento; es decir, ya que se tiene la solución el terapeuta puede modelar el cómo se debe actuar, siempre y cuando el paciente vaya dando los pasos a seguir o las modificaciones que podrían hacerse. Esto con el fin de que el paciente guíe la manera de actuar del terapeuta. En el momento de hacer las preguntas iniciales de ¿cómo se siente? Y ¿qué es lo que necesita?, podemos utilizar las respuestas para apoyar en la búsqueda de soluciones.

Al finalizar la primera solución, se le pide que la paciente lo haga por sí misma, para ver que reacciones podría tener y darse cuenta que si se lo propone puede llegar a solucionar la problemática. Así mismo si existen más soluciones se puede seguir con el modelamiento, hasta que el paciente se sienta en confianza y tranquilo de que puede realizarlo.

El terapeuta debe mostrar una actitud pasiva llevando a cabo el modelamiento, ya que lo indispensable es que el paciente dé las soluciones y guíe la actividad.

Finalmente, lo que se espera es que las mujeres encuentren la seguridad y fuerza para salir airoso de la situación, siempre y cuando se lo proponga y lo quiera lograr.

Seguimiento

Cuando se observa que la paciente está preparada para enfrentarse a su problema en la vida cotidiana pedirle una nueva cita para recontactar, es decir para una siguiente visita o al menos una llamada telefónica, para conocer cómo ha estado y qué ha sucedido con la aplicación de las soluciones descritas.

Esto con la finalidad de observar si se lograron las metas al llevar a cabo la intervención de primera instancia, que era ayudar al paciente a salir de la crisis y comenzar desde ese hecho, para su bien propio.

Se le aplicará nuevamente la Síntesis de valoración de la crisis para observar los cambios después de la intervención.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario, se le preguntará a la mujer que camino desea seguir: finalizar la terapia en ese momento, solicitar una terapia individual o buscar una terapia de pareja.

4.2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA

Contexto:

Cuando una mujer sufre violencia, siempre hay una persona que se la ocasiona, y las más veces está persona es su pareja, llámese novio, esposo u otro. Por lo tanto esta propuesta de intervención está diseñada para aplicarse a las parejas donde se haya vivido un episodio de violencia.

Objetivo:

Que las parejas conozcan técnicas para acabar con el problema y aprender de ello.

Duración y escenario:

La duración de esta propuesta es de 3 sesiones de 1 hora aproximadamente. El escenario es un cubículo con 3 sillas, amplio, con buena iluminación y con el menor ruido posible.

Actividades:

Descripción del problema

Lo primero que se debe hacer es observar que ninguno de los miembros de la pareja tenga algún problema físico o de salud a raíz del hecho violento; además de que no quieran hacerse daño el uno al otro. Esto se logrará preguntándoles que es lo que ocurrió y cómo se sienten. Esto con la finalidad de observar la perspectiva de cada uno y sus sentimientos. A continuación se les explicará la forma de trabajo y cuáles son los objetivos que se quieren

lograr. El psicólogo siempre debe mostrar una escucha activa, empatía y confianza.

Se les aplicará el Cuestionario de Crisis (Anexo 4) propuesto por Slaikeu, para evaluar las áreas y conocer el daño que tiene cada una.

Al término de la evaluación y de la exposición de lo que le ocurrió a cada uno, se les enseñará una técnica de relajación. En la técnica de relajación se enseñará a la pareja la tensión-distensión de los músculos durante unos 10 min. También se le indicará cómo tiene que manejar la respiración. Esto para que en posteriores ocasiones lo pueda utilizar. Al finalizar se le preguntará a cada uno cómo se siente y si tiene dudas de cómo aplicarlo.

Nivel de pensamientos

En la siguiente sesión lo que se debe lograr es que la pareja comprenda la relación entre el incidente de violencia y sus creencias, expectativas, conceptos y sueños para el futuro. Además de que se logre el adaptar/cambiar creencias, autoimagen y planes futuros a partir del episodio violento. Algunas de las preguntas que se pueden hacer es ¿Para ellos que es el poder? ¿En su relación quién lo ejerce? ¿De qué depende? También se les pedirá comenten los roles que desempeña cada uno en la relación.

Para lograr esto la técnica utilizada será la Terapia Racional Emotiva de Ellis, con la cual se le hará ver al paciente que a lo mejor están actuando en la pareja cómo se “debe” hacer y no cómo realmente lo quieren hacer. Por ejemplo, a lo mejor el hombre esta mostrándose fuerte, agresivo porque la sociedad así se lo demanda, y ella como sumisa, permisiva, sin embargo esto no debe ser así; ya que esto les acarrearán más problema en el futuro.

Además se utilizará la Reestructuración cognoscitiva, que consiste en ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar los incidentes potencialmente trastornantes de una manera realista.

Para ello se le enseña al paciente a percatarse de que los pensamientos intervienen en la excitación emocional, y ocasiona creencias irracionales acerca de otras personas y de la vida en general. Esto, tal vez, les está ocurriendo en la relación de pareja y ocasiona que la mujer se deje y que el hombre la provoque. Así se dan cuenta que pueden hacer algo diferente y cada uno adaptarse al otro. Otra situación que podría estar ocasionando el problema es querer adivinar los pensamientos de la otra persona, acerca de lo que le gusta, lo que le molesta, etcétera. Si es así, lo que deben hacer es preguntar, en lugar de adivinar,

A continuación se le hará ver a la pareja que cambiando sus percepciones y cogniciones, cada uno puede tomar sus propias decisiones, aunque cabe aclarar que deben tener en cuenta la percepción del otro. Así se le enseña al paciente para que evalúe distintas alternativas y elija una entre ellas. La evaluación se concentra en cuatro tipos de consecuencias: las personales, las

sociales, las totales de corto plazo y las totales de largo plazo. Se le indica al paciente que nadie "predice el futuro" así que puede haber cambios aún en la toma de decisiones, y que no hay "buenas" soluciones, pero, que con todo, uno elige la mejor opción.

Sesión 2

Expresión de sentimientos.

El siguiente paso en la intervención es aplicar la técnica de Afecto inducido, ya que la pareja al expresar todos sus sentimientos sin medida alguna, puede recordar alguno que está bloqueando u olvidando y así los acepte. Con esto se logra que los miembros de la pareja se expresen, se dejen escuchar por el otro y puedan "sacar todo lo que esconden o se niegan a decir". Hay que tener en cuenta que esto lo deben expresar con respeto y sin lastimar al otro.

Con esto se puede lograr que los pacientes identifiquen y expresen cada uno sus sentimientos relacionados con el episodio violento, para esto se les pedirá que expresen cómo se sienten para que ellos se den cuenta que es lo que a su pareja "le duele más", (los golpes, su autoestima, su orgullo, entre otros). Del mismo modo el terapeuta escuchará y podrá darse cuenta de que rumbo tomar en la intervención.

El terapeuta debe mostrar una escucha activa y generar confianza para que la pareja se exprese libremente y cuente su "problemas maritales" a extraños.

A continuación se utiliza la técnica de Control de la Ira. Esta técnica consiste en explicarles en que consiste la ira, haciéndoles notar qué ocurre en el momento en que uno habla de cosas escondidas o que ya venían ocurriendo a lo largo del tiempo, al explotar esto, se presenta un sentimiento de rechazo, violencia y fuerza que ocasiona daños físicos o psicológicos.

La ira es un sentimiento, que puede tener solución, siempre y cuando se sepa manejar y controlar. Cuando se aprende a manejar la ira es posible evitarnos problemas y conflictos con las demás personas. En esta técnica se puede además hablarles de la asertividad; esto es expresar sus sentimientos con respeto y firmeza, además de hacerlo con delicadeza y sintiéndose seguro de uno mismo ya que expresa sus pensamientos y sentimientos sin dañar a los demás.

Otros de los sentimientos que hay que explicar son enojo y tristeza; además de qué es la comunicación y la asertividad. Los dos primeros son sentimientos que pueden estarse guardando y deben explorar para darle solución. Los dos últimos son temas de sumo interés en toda relación de pareja, que si no están presentes podrían ocasionar un caos y problemas que volverán a reflejarse en violencia. Y si están presentes ayudan a expresar sus sentimientos sin que a la otra persona le moleste o le incomode, para lograr un común acuerdo.

Ya que se logró lo anterior, el siguiente paso es que la pareja intercambie roles, representando cada uno el papel del otro en el episodio de violencia. Esto con el fin de que identifiquen los sentimientos y la postura del otro, además de mostrar cómo hubiera actuado el otro si estuviera en esa posición. El objetivo de esta actividad es que la pareja pueda conocerse un poco más y dé su opinión acerca de la posible solución en el momento de sentir violencia o algún otro sentimiento.

Al término de la sesión, se le pide a la pareja un Tiempo Fuera debido a el posible estrés que hayan tenido con esta situación. Se les dan de 10 a 15 minutos para que se tranquilicen, no hablen y piensen cómo se sienten con las cosas que acaban de decir.

Otra de las técnicas es el Tiempo Fuera, en el cuál se le pide a la pareja que en el momento en que sientan enojados, se salgan o se alejen de la situación para pensar bien las cosas y no responder con ira.

También pueden utilizar Bitácoras anotando todos los sentimientos, pensamientos y creencias que se presenten en los momentos de ira, enojo, tristeza o frustración. Posteriormente pueden intercambiarlas para platicar la situación y entre los dos buscar la solución.

La siguiente técnica recomendada son las Descargas de ira en objetos transicionales, como pueden ser almohadas, cojines, objetos en el momento de sentir furia.

Finalmente la técnica de Relajación o Meditación para tranquilizarse y no provocar situaciones frustrantes.

Sesión 3

Cambio conductual

Se busca que la pareja haga cambios en los patrones cotidianos, desempeño de un rol y relación de pareja. Se utiliza la técnica Entrenamiento en asertividad, cuyo objetivo es capacitar a una persona a actuar a favor de su mejor beneficio, apoyarse a sí misma sin sentir ansiedad indebida, expresar sus sinceros sentimientos de manera tranquila o ejercer sus derechos sin negar derechos de los demás.

Esto con el fin de que los pacientes se den cuenta que cada uno puede decidir algo y aplicarlo, sin que el otro le niegue ese derecho. Así como pide tener relaciones sexuales, por ejemplo, el otro puede negarse si así lo desea, sin que el otro se enoje. Con esto, los pacientes se dan cuenta de su derecho a elegir, expresarse y buscar su beneficio propio.

Ya que se enseñó esto, el siguiente paso es que los pacientes ensayen un comportamiento, para que observen sus habilidades y defectos en ser asertivos. Si por alguna razón se niegan o no pueden hacerlo, el terapeuta utilizará el Modelamiento para que ellos observen cómo lo pueden hacer.

Para finalizar se le pregunta al paciente si tiene duda en algún tema, para así resolvérselos. Además se les hablara un poco de la comunicación que deben tener como pareja y que podría evitarles algunos problemas.

Evaluación o seguimiento: la evaluación consiste en preguntar a cada uno si ha notado algún cambio en relación a su vida como persona y en pareja. Además de que técnicas le sirvieron más y puede aplicar después. Finalmente ponerse de acuerdo en una visita posterior o llamada telefónica para saber cómo se encuentran.

Las sugerencias que comentaron las mujeres que fueron entrevistadas y pueden ayudar en una Intervención en Crisis son: siempre darles un trato amable y respetuoso, no insinuar razones ni motivos; preguntarles cómo se sienten, cómo ocurrieron los hechos, en qué les podemos ayudar, cómo era la persona. De hecho ellas mismas dijeron que cualquier cosa podían preguntar, pero dependía la manera en qué lo hicieran.

En estas propuestas de intervención lo primordial es que las mujeres se den cuenta que pueden salir adelante a pesar de haber sufrido algún tipo de violencia. Es muy importante señalar que las mujeres al sentirse escuchadas y valoradas buscaran la forma de volverse a sentir seres humanos que aprenderán de esa experiencia y podrán mejorar como personas.

Las mujeres deben saber que la violencia no va desaparecer de la sociedad, pero lo que si puede desaparecer es el dolor y la frustración de haber sufrido violencia, por lo que se debe buscar el apoyo psicológico para que este proceso sea más rápido y efectivo. La mujer es la única que tiene el poder y la decisión para facilitarse o complicarse el futuro.

CONCLUSIONES

La violencia es el uso de la fuerza física y el poder sobre alguien más débil (Roldán, 2001); este acto puede ser físico, psicológico y/o sexual. En este caso se describió la violencia que sufren las mujeres por parte de su pareja o de algún extraño.

Algunas de las mujeres que fueron entrevistadas mencionaban que no sufrían violencia en su casa, sólo decían que sus esposos les gritaban o insultaban, pero esto no era violencia para ellas.

Con este ejemplo se puede decir que muchas mujeres no saben realmente qué es la violencia, debido a que creen que la violencia sólo es el uso de la fuerza física, es decir golpes; esto sería importante aclarárselos. Esto porque muchas veces en la violencia contra la mujer se empieza con insultos y tiempo después siguen los golpes. Lo cual coincide con Olivares (2001), ya que la violencia sociocultural hacia las mujeres es causa medular del resto de las manifestaciones de violencia, en ámbitos como el laboral, familiar, escolar, social.

El ciclo de violencia de Leonore Walter (citado en Neidig y Friedman, 1984) es una clara muestra de cómo se produce el episodio violento: primero hay una acumulación de tensión, a continuación se presenta una descarga incontrolada de las tensiones acumuladas y finalmente una fase de reconciliación o “luna de miel”. Esto es tan común que las mujeres llegan a “acostumbrarse” y lo ven muy “normal” en su relación de pareja.

La violencia se presenta en cualquier edad, ámbito social, escolaridad, lugar y con o sin hijos. La violencia puede ser física, ejemplos son patadas, golpes, rasguños, bofetadas y puede llegar al homicidio. La violencia psicológica incluye humillaciones, amenazas, intimidaciones, aislamiento y actitudes devaluatorias para la mujer. Finalmente la violencia sexual se presenta en forma de abuso sexual, hostigamiento sexual (muy común en la calle) que se manifiesta con palabras obscenas, miradas lascivas hasta llegar a nalgadas o rozamientos en contra de la mujer; sin olvidar que puede ocurrir una violación.

Las consecuencias que ocasiona la violencia incluyen cambios conductuales como sueño, intentos suicidas, conducta agresiva y abuso sexual; cambios afectivos como tristeza, ansiedad, inseguridad y depresión; cambios en el área somática como pulso acelerado, palpitaciones, temblores, fatiga e incontinencia; también en el área interpersonal como aislamiento y distanciamiento emocional; en el área cognitiva se presenta la vergüenza, culpa, angustia y baja autoestima; finalmente en el área sexual hay disminución del deseo, anorgasmia y aversión sexual, esto de acuerdo a lo mencionado por Roldán en la Tesis *Violencia contra las mujeres* (2001).

Entre las respuestas que mencionaron las mujeres que fueron entrevistadas acerca de que consecuencias les ocasionó la violencia dijeron que no tener otra pareja, rechazo hacia los demás, humillación, baja autoestima.

La violencia contra la mujer tiene origen en la discriminación, y tiene un origen histórico en las desigualdades entre mujeres y hombres. Olivares (2001) menciona que en el entorno familiar la violencia contra la mujer está muy ligada a la dependencia económica; las mujeres soportan malos tratos, insultos y golpes del esposo porque piensan que así debe ser. De hecho muchas de ellas creen que esto es ser parte de ser mujer; pues la sociedad así las ha moldeado.

Cuando una persona sufre algún hecho traumático o sufre un hecho nuevo o imprevisto no sabe como reaccionar, entra en un estado de crisis (Contreras, 2001). Para Webster crisis es el “punto de cambio”, sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfermar, mejorar o empeorar (Slaikeu, 1990). Por ejemplo, las mujeres que han sufrido de abuso y están en un estado de crisis, necesitan salir de esta situación, por lo que la Intervención en Crisis es un método adecuado en la solución de este acontecimiento.

Rubin y Bloch (2001) definen la Intervención en Crisis como proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio; para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

Hay dos tipos de intervención en crisis: de Primera y Segunda Instancia. La primera se caracteriza por ser de minutos a horas y lo principal es reducir la mortalidad; la de segunda instancia es de semanas a meses y sobresale el hecho de resolver la crisis y translaborarlo al entorno de la vida.

De acuerdo con Contreras (2001), cuando una mujer sufre violencia, y en específico sexual, el área de mayor afectación es la psicológica. Por esta razón la Intervención en Crisis puede realizarse por cualquier servidor público, pero el que mejores resultados puede demostrar por su desarrollo terapéutico en estas áreas es el Psicólogo. Ya que el psicólogo cuenta con las herramientas básicas para una intervención, como: Conocimientos Amplios y Actualizados de la Psicología y el Desarrollo Humano, Experiencia Clínica, Credibilidad, Empatía, Cordialidad y Congruencia en su vida profesional y personal (Contreras, 2001).

Durante las entrevistas, las mujeres también contestaron si habían o no denunciado esta violencia acontecida, la mayoría dijo que si. Las que no hicieron, comentaron que porqué les había ocurrido que asistían y las autoridades no les hacían caso o simplemente no les creían porque no llevaban moretones. O peor aún que insinuaban que ellas habían tenido la culpa por lo que preferían evitarse esas situaciones.

De las preguntas realizadas se redactaron 13 recomendaciones que pueden tomarse en cuenta cuando una mujer va a denunciar. Estas recomendaciones son fundamentales y todos los servidores públicos en cualquier delegación deberían llevarlos a cabo.

La propuesta de Intervención en crisis incluye una conferencia preventiva que se les dé a los adolescentes de secundaria, comentándoles qué es la violencia, causas y consecuencia, además de dar algunas estrategias que pueden tener

en cuenta para evitar la violencia. Además se hace un ejercicio de juego de roles para que experimenten las situaciones.

La Intervención de Primera Instancia está diseñada para aplicarla a mujeres que han sufrido violencia en un lapso no mayor a tres meses. En esta propuesta la mujer describe lo que le ocurrió y busca posibles soluciones que le ayuden a retomar su vida cotidiana sin miedos o temores. El principal objetivo de esta Intervención es que las mujeres conozcan que ellas, por sí mismas, tienen la decisión y el poder de construir y seguir el camino que mejor les convenga. La mujer tiene el poder de decidir si permanecerá influenciada por la situación y se negará a buscar una salida; o por otro lado, aprender de esa situación, transformarla en una experiencia, buscar el apoyo de sus familiares o amigos y construirse un nuevo sendero.

La Intervención en Segunda Instancia está diseñada para aplicarse a una pareja dónde se haya vivido un episodio violento. El interés de esta propuesta consiste en que si se llegará a trabajar únicamente con la mujer, el conflicto podría seguir persistiendo; por ello al ayudar a la pareja podrán encontrar métodos de solución que finalmente serán convenientes en su relación. El objetivo es darles a conocer algunas herramientas que puedan utilizar para evitar futuras crisis.

Estas propuestas de Intervención fueron desarrolladas con la única finalidad de apoyar a las mujeres cuando han sufrido violencia, aunque la idea sería eliminarla por completo, pero si esto de momento no puede ocurrir, entonces las mujeres pueden elegir un camino para salir airoso de estas situaciones.

El objetivo del presente trabajo fue cumplido ya que se describió la propuesta de intervención en crisis. Una plática con jóvenes adolescentes para prevenir la violencia es comentada. La intervención de primera instancia para mujeres que han sufrido violencia es descrita y desarrollada para su aplicación. Del mismo modo la intervención de segunda instancia complementa el apoyo psicológico cuando se requiere trabajar con ambos miembros de la pareja.

Entonces los alcances de la propuesta son: puede ser aplicada desde antes de un hecho violento con jóvenes, tanto hombres como mujeres. Del mismo modo se aplica a mujeres que ya lo han sufrido, y cualquier profesional de la salud puede desarrollarlo, aunque por su nivel institucional los psicólogos son los recomendados para hacerlo.

Aunque, si en una pareja, los miembros están interesados por una ayuda mutua, la intervención de segunda instancia es la recomendada.

Aunque algunas de las limitaciones de esta propuesta es que si un miembro de la pareja no acepta la problemática estaría estancando los probables beneficios, de esta manera si una mujer no busca la ayuda, o en el peor de los casos se niega a cooperar los resultados se ven mermados.

Con todo esto, se puede dar cuenta que los resultados obtenidos estarán en íntima relación con la información presentada, así como el interés que las partes involucradas puedan expresar.

A lo largo de este trabajo se mencionó que la violencia puede presentarse en cualquier lugar, espacio y situación económica, y comúnmente en contra de las mujeres; pero, los resultados favorables o desfavorables dependerán de la ayuda y esfuerzo para salir o no de esta situación.

Estas propuestas de intervención buscan tener un impacto favorable en las mujeres que puedan recibirlas; es solo una brecha que pueden tomar para su propio beneficio.

El interés personal para conformar estas propuestas de intervención radica en que si la violencia no puede ser aniquilada por completo, la ayuda siempre estará disponible para que una mujer la busqué y su vida continúe, pero jamás se estanque ni limite. Una mujer violentada tiene el mismo valor y derecho que una que jamás lo sufre.

La violencia contra las mujeres tiene un origen cultural, pues es la sociedad la que ocasiona que se presente; ya que sin importar raza, edad o escolaridad está latente. Una de las soluciones para tratar de erradicarla es conocer su origen e impacto en las personas y con ello buscar su disminución.

Así como la mujer busca un crecimiento personal y laboral, la sociedad debe buscar su estabilidad física y emocional. Ahora bien, si una mujer sufre violencia se le deben dar las herramientas adecuadas para lograr su equilibrio anterior.

Algunas de las instituciones que pueden brindar estas herramientas a Mujeres que han sufrido algún hecho violento son: Sociedad Mexicana Pro-Derechos de la Mujer, A.C., Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C., Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A.C. (COVAC), entre otras. En el anexo 5 se encuentran las direcciones de éstas y otras instituciones a las que pueden asistir las mujeres que requieran apoyo psicológico, médico y legal.

La violencia se presenta en la casa, escuela, trabajo, calle o ciudad, y es contra las mujeres. Pues bien, el psicólogo puede ser el apoyo que necesitan y salir airosas de la situación, por ello la creación de estas propuestas.

BIBLIOGRAFIA

Acosta, C. (2006) Ponle punto final a la violencia doméstica. Revista Nueva. México: Notmusa

Ammerman, R. y Versen, M. (2006) Casa studies in Family Violence. USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers

Amnistía Internacional (2004) Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres. España: Editorial Amnistía Internacional (EDAI)

Arellano, E. (2004) Los desafíos de la delincuencia. En www.diputados.gob.mx

Arraigada, I. (1999) Seguridad ciudadana y violencia en América Latina, diagnóstico y política en los años noventa. Santiago de Chile: Naciones Unidas, División de Desarrollo Social.

Binstock, H. (1998) Violencia en la Pareja. Tratamiento Legal. Evolución y balance. Serie Mujer y Desarrollo. Naciones Unidas

Boakes, R. (1989) Historia de la Psicología Animal. De Darwin al Conductismo. Madrid: Alianza Editorial

Butcher, J., Stelmachers, Z. y Maudal, G. (1992) Intervención de crisis y Psicoterapia de urgencia. En: Métodos en Psicología Clínica. Weiner, B. I. México: Limusa

Calderón, A. (2003) Los cinco componentes de los primeros auxilios emocionales en la Intervención en Crisis. En: www.monografías.com

Contreras, N. (1990) Análisis Teórico de la Violación Sexual en México. Tesis. México: ENEP Iztacala

Contreras, N. (2001) Violencia Sexual: Prevención y Tratamiento. Tesis. México: UNAM FESI

Corsi, J. (1998) Violencia Masculina en la Pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de Intervención. México

Decker, D. (1999) Stopping the violence: A group model to change men's abusive attitudes and behaviors. USA: The Haworth Press, Inc

Duarte, P. y Gonzáles, G. (1997) Situación desigual, desarrollo desigual: violencia de género en México. En: Las mujeres contra la violencia rompiendo el silencio. New Cork: UNIFEM

Duque, M. (2003) Intervención en Crisis. En www.monografias.com

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2003. En: www.inegi.gob.mx

Ferreira, G. (1996) La Mujer Maltratada. México: Hermes

García, C. (2000) Violencia contra la Mujer. Género y equidad en la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development studies. Publicación Ocasional No. 6

González y Taris (1985) La Terapia Conductual en Padres Agresores. Tesis. México: UNAM ENEPI

González, E. (1995) Crecimiento a partir de la crisis: México: Coatl

González, M. (2002) Sufren violencia mujeres adultas mayores. México: CIMAC. En: www.cimacnoticias.com

Islas, G. (2000) La Intervención del Psicólogo en la atención a Mujeres víctimas de violencia proporcionada en la Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A. C. (COVAC). Reporte de Trabajo Profesional. México: UNAM FESI

Jiménez, R. (2005) La presencia de la misoginia en el fenómeno de la inseguridad. En: www.derechoshumanos.org.mx

Kanfer, F. y Golstein, A. (1987) Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. España: DDB

Martínez, M. (2001) Estilo de crianza en Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: el caso de una usuaria de CAVI (Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar) Tesis. México: UNAM FESI

Neidig, P. y Friedman, D. (1984) Spouse Abuse: A treatment Program for Couples. USA: Research Press Company

Notimex (2002) Aumenta 20% violencia contra hombres. Soy Mujer. En: www.terra.com.mx

Olivares, L. (2001) Violencia intrafamiliar en la relación de pareja. Tesina. México: UNAM FESI

Osofsky, J. (1997) Children in a violent society. USA: The Guilford Press

Osorio, C. (1990) El Niño Maltratado. México: Trillas

Pérez, M. (2001) Aspectos jurídicos de la Violencia contra la Mujer. México: Porrúa

Procuraduría General de la República (1999) Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar. 1º. Ed. México, D. F. En: www.segob.gob.mx

Ramírez, J. y Uribe, G. (1993) Mujer y Violencia. Un hecho cotidiano. Salud Pública de México. Marzo-Abril Vol. 35 (2). En: www.insp.mx/salud

Rodríguez, L. (1998) Victimología: Estudio de la víctima. México: Porrúa

Rodríguez, T. (2004) Violencia en el Hogar y Agresiones Sexuales. México: UNIFEM

Rogers, C. (1978) Terapia, Personalidad y Relaciones Interpersonales. Argentina: Nueva Visión

Roldán, S. (2001) Violencia contra las Mujeres. Tesis. México: UNAM FESI

Rubin, B. y Bloch, E. (2001) Intervención en Crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. España: Descleé de Brouwer

Samaia, P. (1991) Consecuencias Psicológicas y Alternativas de Tratamiento Psicológico en Mujeres Víctimas de Violación. Tesina. México: UNAM ENEPI

Slaikou, K. (1990) Intervención en Crisis. México: Manual Moderno

Sullivan, D. y Everstine, L. (2000) Personas en Crisis. México: Pax

Tecla, A. (1995) Antropología de la Violencia. México: Ediciones Taller Abierto Sociedad Cooperativa de Producción S. C. I.

Trujado, P. (1997) Violencia en la Familia. Revista de Psicología y Ciencia Social Vol. 1 (2) México: UNAM Campus Iztacala

Velázquez, S. (2003) Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar. Buenos Aires: Paidós

Weiner, I. y Bordin, E. (1992) Psicoterapia individual. En: Weiner, B. I. Métodos en Psicología Clínica. México: Limusa

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA

Edad: _____ Municipio: _____
Escolaridad: _____
Estado Civil: _____
Trabaja: Si () No ()
No. de hijos: _____

1. ¿Ha sufrido violencia?
2. ¿En que lugar?
3. ¿En que consistió?
4. ¿Quién se la provoco?
5. ¿A que se debió?
6. ¿Cuántas veces ocurrió?
7. ¿Qué consecuencias provoco en usted?
8. ¿Si volviera a ocurrir, que haría?
9. ¿Busco ayuda profesional (abogado, doctor, psicólogo)? ¿Por que?
10. ¿Acudió a las autoridades? ¿Denuncio? ¿Por que?

10. Si usted acudiría a pedir ayuda o a denunciar, ¿con quien o a donde acudiría?
11. ¿Qué le gustaría que le preguntaran?
12. ¿Le gustaría que la revisaran físicamente?
13. ¿Le gustaría que la persona que la atiende fuera de algún sexo en especial o le daría igual?
14. ¿Qué no le gustaría que le preguntaran o que le hicieran?
15. Cree que la mujer es atendida por las autoridades honesta y adecuadamente. ¿Por qué?
16. ¿Que le aconsejaría a otras mujeres que han sufrido violencia?
17. ¿Cree que si hubiera alguien que la tratara amablemente y la pudiera ayudar, usted acudiría a buscar ayuda?
18. ¿Le gustaria comentar algo acerca de los tipos de violencia mas comunes en las mujeres?
19. ¿Cree que en alguna parte no se sufre violencia? ¿Dónde? ¿Por qué?
20. Algún comentario final que quisiera hacer

ANEXO 2

Edad:

Sexo:

Municipio o Delegación:

A continuación se presenta una serie de preguntas acerca de la violencia en contra de las mujeres. Por favor contesta con honestidad.

1. ¿Qué es la violencia?
2. ¿Cuáles son los tipos de violencia más comunes?
3. ¿Cuáles son las áreas de la personalidad CASIC?
4. ¿Cuáles son las causas de la violencia contra las mujeres?
5. ¿Cuáles son las consecuencias más comunes de la violencia contra las mujeres?
6. ¿Tú has sufrido violencia? ¿Dónde?
7. En tu familia , se han presentado episodios de violencia
8. ¿Cómo te sentiste cuando sufriste violencia o viste que alguien más la sufría?
9. ¿Qué medidas recomendarías para eliminar la violencia contra las mujeres?
10. ¿Qué opinas de este tema?

ANEXO 3

Síntesis de la valoración de la crisis.

Nombre:
Estado civil:
Fecha:

Edad:
Ocupación:

Sexo:

I. Incidente precipitante

¿Qué incidente provocó la crisis?

¿Cuándo ocurrió el incidente?

¿Quién resultó implicado junto con el paciente?

Describa incidentes similares que hayan ocurrido antes en la vida del paciente.

II. Presentación del problema

¿Cuál es la descripción del paciente sobre el(los) problema(s) en el momento en que la terapia comienza?

¿Cómo difiere esto de las preocupaciones asentadas por a familia y/o la fuente de referencia?

¿Qué espera el paciente como resultado de la terapia?

III. Problemas contextuales

Haga una breve descripción de los miembros de la familia y de su implicación en la crisis

Presiones de trabajo/oficina sobre el paciente, lo mismo que las fuentes de apoyo identificables:

IV. Funcionamiento CASIC previo a la crisis

Para cada etapa del desarrollo de la vida del paciente, identifique aspectos del funcionamiento conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo, que incidan de manera más directa sobre la crisis en curso:

Infancia:

Pubertad:

Adolescencia:

Juventud:

Adultez:

Vejez:

V. Funcionamiento CASIC en la crisis

Examine el impacto del incidente de crisis sobre cada una de las cinco modalidades.

Funcionamiento conductual: investigue cómo ha afectado el incidente de crisis al comportamiento del paciente. Para cada una de las áreas siguientes, indique el impacto del incidente de crisis.

No hubo impacto	Ocurrió un cambio	Especifique:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ejercicio: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiempo libre: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hábitos de alimentación: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumar: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hábitos de bebida: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueño: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Control sobre los sentimientos (por ejemplo, aumento de la temperatura, llanto frecuente, etc.) _____

No	Sí	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicaciones de conducta agresiva y/o destructiva: _____ _____ _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Existen comportamientos o hábitos específicos que el paciente quiere cambiar?
	<input type="checkbox"/>	El paciente quiere aprender un nuevo comportamiento _____
	<input type="checkbox"/>	El paciente quiere hacer con más frecuencia _____ _____
	<input type="checkbox"/>	El paciente quiere hacer con menos frecuencia _____ _____
	<input type="checkbox"/>	El paciente quiere detener por completo _____ _____

Enliste tres de las actividades favoritas del paciente:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

En promedio, cuánto tiempo emplea/empleaba el paciente en el desempeño de estas actividades:

Ahora		Antes del incidente de crisis	
1	_____ hrs./semana	1	_____ hrs./semana
2	_____ hrs./semana	2	_____ hrs./semana
3	_____ hrs./semana	3	_____ hrs./semana

Funcionamiento afectivo:

Examine los sentimientos que son más característicos del paciente en su vida presente. (Marque tantos como se apliquen).

Excitado ()	Abrumado ()	Ansioso ()
Iracundo ()	Tenso ()	Energético ()
Solitario ()	Animado ()	Culpable ()
Feliz ()	Fatigado ()	Cómodo ()
Triste ()	Atemorizado ()	Aburrido ()
Aturdido ()	Celoso ()	Exhausto ()
Relajado ()	Satisfecho ()	Otros ()

¿En qué situaciones se siente el paciente más perturbado?

¿En qué situaciones se siente el paciente más relajado?

¿Qué situaciones /incidentes/experiencias pueden hacer que el paciente sea más feliz?

¿Qué experiencias podrían provocar ira al paciente? _____

¿En que situación (es) sería más probables que el paciente perdiera el control sobre sus emociones?

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente?

¿Qué sentimientos le gustaría expresar al paciente con menos frecuencia?

Relaciones interpersonales:

Lo siguiente concierne a aspectos importantes de las relaciones del paciente con otras personas. El enfoque principal es acerca de cómo estas relaciones pueden obstaculizar o facilitar una resolución adaptativa para la crisis.

¿Tiene el paciente lazos familiares estrechos?

() No () Sí (especifique) _____

¿Tiene el paciente amigos cercanos?

() No () Sí (especifique) _____

¿El paciente es miembro de una organización social (iglesia, club social, etcétera)?

() No () Sí (especifique) _____

¿Quién es usualmente la persona más importante en la vida del paciente?

¿Cuál es el impacto del incidente de crisis sobre las relaciones sociales del paciente (en el cónyuge, los hijos, los amigos, etcétera)?

¿Quién es la red social que puede enfocarse a ayudar al paciente a translaborar la crisis?

¿El paciente está abierto a aceptar ayuda de la familia o los amigos?

() Sí () No ¿Por qué? _____

¿Quién en el red del paciente podría obstruir una resolución exitosa de la crisis?

Describa el estilo interpersonal del paciente durante el tiempo de crisis?

- | | |
|-------------------|-----------------|
| () Aislamiento | () Agresividad |
| () Dependencia | () Asertividad |
| () Independencia | () Rechazante |
| () Otros _____ | |

Sobre todo, el paciente describe sus relaciones interpersonales como:

	Satisfactoria	Aceptable	Conflictiva-
abrumadora			
Con sus padres	()	()	()
Con sus parientes	()	()	()
Con su cónyuge	()	()	()
Con sus hijos	()	()	()
Con sus compañeros de trabajo	()	()	()
Con sus amigos	()	()	()
Con sus vecinos	()	()	()

¿Cuál era la representación mental del paciente acerca de la vida antes de la crisis?

¿Y ahora?

¿Para el futuro?

Describa cualesquiera otras fantasías del paciente no mencionadas más arriba

Otros aspectos del funcionamiento cognoscitivo del paciente previos a la crisis que no hayan sido mencionados antes:

Evalúe el nivel usual del paciente en cuanto a la satisfacción global en la vida:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| () Muy satisfecho | () Un poco insatisfecho |
| () Satisfecho de manera moderada | () Insatisfecho |
| () Satisfecho de manera justificada | |

VI. Síntesis CASIC

A. El área que ocasiona al paciente la mayor dificultad ahora es:

B. El problema que podría ser el más fácil de tratar es:

C. La variable que incide para la mayor discrepancia en la desorganización global del paciente es:

D. Los sistemas no afectados de manera notable por esta crisis son:

E. Las áreas de la vida del paciente que se han fortalecido con la crisis son:

F. Los recursos personales o fortalezas más obvios de este paciente son:

G. Los recursos sociales o fortalezas más obvios de este paciente son:

H. En síntesis, la interacción entre el(los) incidente(s) precipitante(s) y los conflictos personales previos no resueltos, las principales expectativas o las metas vitales son:

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE CRISIS

Nombre: _____ Edad: _____
Estado _____ civil _____
Ocupación: _____
Fecha: _____

Instrucciones:

Usted ha experimentado de manera reciente una situación. Este cuestionario le proporciona a su orientador una valiosa información con respecto a lo que sucedió y al efecto de ello sobre varios aspectos de su vida. Por favor, llene este formulario de manera tan completa como le sea posible. Si usted tiene alguna pregunta, siéntase en la libertad de pedirle a su orientador una aclaración.

Sus respuestas serán confidenciales.

Por favor describa de manera breve la situación que aconteció.

¿Cuándo sucedió el incidente?

1. Desde que ocurrió el incidente de crisis, ha advertido cambios en:

- () Mis hábitos de sueño
 - () duermo más () duermo menos
- () Mis hábitos de alimentación
 - () como más () como menos () cambie mi dieta
- () Mis hábitos de fumar
 - () fumo más () fumo menos
- () Mi consumo de alcohol
 - () bebo más () bebo menos
- () Mi utilización de drogas y medicinas
 - () consumo más () consumo menos
- () Mis hábitos de trabajo
 - () trabajo más () trabajo menos
- () Mis actividades de tiempo libre
 - () empleo más tiempo en la diversión () empleo menos tiempo en la diversión
- () Mi rutina de ejercicio
 - () hago más ejercicio () hago menos ejercicio

Por favor, verifique lo siguiente con respecto a su comportamiento *antes* del incidente de crisis

No Si Estaba satisfecho con:

- mis hábitos de trabajo
- mis hábitos de alimentación
- mis hábitos de ejercicio
- mis hábitos en el tiempo para la recreación
- mis hábitos de drogas/alcohol
- mis hábitos de sueño

Al tomar todo en consideración, *antes* del incidente, por encima de todo, yo estaba:

- muy satisfecho con mi vida
- moderadamente satisfecho con mi vida
- completamente satisfecho con mi vida
- un poco satisfecho con mi vida
- insatisfecho con mi vida

2. Por favor, haga una lista de sus tres actividades favoritas durante el año anterior

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

3. Comparado con el del año anterior, el tiempo que ahora emplea para estas actividades es:

mucho menor menor el mismo mayor mucho mayor

- Actividad 1
- Actividad 2
- Actividad 3

Los siguientes incisos le dan a su orientador una comprensión de los sentimientos que son más característicos de usted en este período de su vida.

1. Repase la lista de sentimientos y elija aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo usted últimamente.

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> excitado | <input type="checkbox"/> abrumado | <input type="checkbox"/> relajado | <input type="checkbox"/> cómodo |
| <input type="checkbox"/> enojado | <input type="checkbox"/> tenso | <input type="checkbox"/> satisfecho | <input type="checkbox"/> aburrido |
| <input type="checkbox"/> solo | <input type="checkbox"/> jovial | <input type="checkbox"/> receloso | <input type="checkbox"/> exhausto |
| <input type="checkbox"/> triste | <input type="checkbox"/> optimista | <input type="checkbox"/> energético | <input type="checkbox"/> tranquilo |
| <input type="checkbox"/> feliz | <input type="checkbox"/> intranquilo | <input type="checkbox"/> culpable | <input type="checkbox"/> alegre |
| <input type="checkbox"/> aturdido | <input type="checkbox"/> temeroso | <input type="checkbox"/> contento | <input type="checkbox"/> otros |

Repase la lista anterior y seleccione los cinco que fueron característicos de usted *antes* del incidente de crisis

- 1. _____ 4. _____
- 2. _____ 5. _____
- 3. _____

Haga una lista de los tres sentimientos que le gustaría experimentar con mayor frecuencia

1 _____ 2 _____ 3 _____

Las siguientes preguntas corresponden a su bienestar corporal

Desde el incidente en crisis, yo he tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Taquicardias | <input type="checkbox"/> Complicaciones intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dolores estomacales | <input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Ataques de mareos |
| <input type="checkbox"/> Disminución en el interés por el sexo | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/baja | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Disminución de la energía |
| <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Otros |

Por favor, de la lista anterior subraye aquellos problemas que le han inquietado en algún momento anterior de su vida, esto es, antes de la crisis actual.

¿Estás actualmente sometido a tratamiento médico, como resultado del incidente? _____

¿Consumes algún medicamento para alguno de sus problemas actuales de salud? Especifique

Evalúe que tan tenso se siente en el aspecto físico actualmente.

1 2 3 4 5 6 7
Cómodamente relajado () () () () () () () extremadamente tenso

¿Qué parte de su cuerpo se siente más tensa?

¿Cómo es la relación con su familia?

() Muy buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala

¿Se siente usted cerca de su familia?

() Sí, muy cerca () Moderadamente cerca () Neutral
() Distante () Muy distante

Haga una lista de sus mejores amigos

1. _____
2. _____
3. _____

¿Actualmente quien es la persona más importante en su vida?

¿Es usted miembro de algún club social, fraternidad, equipo, etc.? _____

Especifique _____

Actividades en las participo el mes pasado:

Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien ¿Se pone en contacto con otras personas?

() No, no me gusta pedir ayuda

() Si, me pongo en contacto con: 1 _____

2 _____

Verifique cual de las siguientes afirmaciones se aplica a usted:

Falso Verdadero El incidente de crisis me impide alcanzar una meta muy importante

() () Especifique _____

() () Pienso en este incidente una y otra vez

() () De algún modo me siento responsable por lo que ha sucedido

Especifique _____

() () Sufro de pesadillas con respecto al incidente

Cuando pienso ahora en lo que sucedió, me doy cuenta de que yo debería:

Yo tomo en consideración la posibilidad de quitarme la vida

() nunca () algunas veces () con mucha frecuencia

Me siento con ganas de hacer daño a alguien

() nunca () algunas veces () con mucha frecuencia

Por favor, descríbase brevemente a sí mismo

Mis mejores características son:

Espero que la orientación pueda ayudarme para:

Me gustaría que mi orientador fuera:

ANEXO 5

Directorio de Instituciones en México que atienden casos de Violencia contra la Mujer

Sociedad Mexicana Pro-Derechos de la Mujer, A.C. Teléfono: 56 61 20 74. Es un Fondo de Mujeres que invierte en el cambio social. Para llevar a cabo esta misión, Semillas procura fondos de donantes individuales así como de instituciones y empresas con el objetivo de financiar a grupos de mujeres organizadas en proyectos que promuevan el conocimiento, apropiación y ejercicio de sus derechos humanos.

Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas, A.C. Objetivo asistencial: Entrevista con psicólogos y canalización a instituciones especializadas en abuso de menores, mujeres y hombres. Apoyo médico, terapias y asesoría legal. Teléfonos: 56 82 79 69 y 55 43 47 00. Se funda en 1990 por la necesidad de brindar atención humana y sensible a personas agredidas sexualmente, así como ofrecer cursos de prevención y capacitación. Lucha por combatir la violencia de género, rescatar a las personas que lo han vivido y prevenir e incidir en la sociedad.

Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A. C. (COVAC) Astrónomos 66 Col. Escandón Tels. 5276 00 85 y 5515 17 56 E-mail: covacmex@laneta.apc.org. SERVICIOS: Atención directa emocional y legal a mujeres, niñas y niños que han sufrido y/o viven violencia sexual y/o familiar; con previa cita. Centro de documentación sobre violencia de género. COVAC en sus años de labor, logró poner al servicio de estudiantes, investigadores, periodistas y público en general un acervo bibliográfico, hemerográfico y de materiales diversos constituido por más de 2500 volúmenes que nutrió el análisis y la reflexión sobre el tema. Su consulta gratuita alimentó trabajos escolares, tesis, consultas internacionales, artículos de divulgación y proyectos de iniciativas legales que hoy nutren el *estado del arte* en el tema. La Universidad Autónoma de Ciudad Juárez es el recinto actual de dicha colección, desde ahí, continuará sirviendo a los propósitos originales en una institución que lo conserva en una sección especial de su biblioteca.

Católicas por el Derecho a Decidir, A.C. San Francisco Figuraco 71-A Coyoacán Tels. 5554 57 48 y 5659 28 43 SERVICIOS: Cursos, talleres, seminarios y conferencias en torno a la problemática de la mujer.

Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) Doctor Carmona y Valle 54, Piso 2 Col. Doctores Tel. 5242 62 46 Fax: 5242 62 48 SERVICIOS: Departamento de trabajo social, atención jurídica y legal, atención psicoterapéutica a víctimas de violencia familiar, seguimiento jurídico y seguimiento de información estadística. La desintegración familiar, la pérdida de valores y la generación de la violencia en sus distintas manifestaciones, aunado al entorno social tendiente a la autodestrucción del ser humano y con las consecuencias lógicas que esto acarrea, a provocado que la especialización de los instrumentos que la sociedad exige y crea para prevenir,

combatir y dar solución a esta problemática. De ahí que surge en el ánimo de crear los Centros de Atención a la Violencia Intrafamiliar para la atención de los actos de violencia en la familia.

Asociación para la Defensa de la Mujer, IAP. Teléfono: 55 75 85 47 y 55 75 01 52

Prodignificación de la Mujer, IAP. Presidenta del Patronato: Dra. Gloria Casorla Teléfono: 55 78 12 29 y 55 78 83 62 Armonía Familiar, IAP. Presidente del Patronato: Oscar Franco Salazar Teléfono: 52 54 69 33 y 52 54 62 32

Fundación Alianza a favor de la Mujer, IAP. Teléfono: 56 05 07 94 y 56 05 87 30

Instituto de Reconciliación para la Mujer que ha Abortado. Objetivo asistencial: Brindar orientación, terapia y ayuda profesional interdisciplinaria e integral a la mujer con Síndrome Posaborto, que busque su restablecimiento. Teléfono: 52 60 72 73.

Despacho de Atención Legal para Mujeres. Coatepec 1-3 Col. Roma Sur Tel. 5264 69 51 SERVICIOS: Asesoría jurídica, talleres, cursos en atención a la mujer y población en general.

Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Magón, A.C. Carlos Pereira 113 Col. Viaducto Piedad Tel. 5519 58 45 E-mail: marmagon@laneta.apc.org SERVICIOS: Atención psicológica, atención y cuidado de la salud, asesoría integral en el área jurídica, capacitación y formación, campañas de prevención de cáncer cérvico uterino y VIH.