



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MALESTAR PSICOLÓGICO Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN  
USUARIAS DE 19 A 69 AÑOS DE EDAD DE UN SERVICIO DE  
ASISTENCIA TELEFÓNICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA  
DIANA ARREGUÍN CHÁVEZ**

**DIRECTORA: DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES CRUZ ALMANZA**



Ciudad Universitaria, CD. MX., 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ÍNDICE	
Resumen	2
Introducción	3
Antecedentes de la investigación	6
<b>Capítulo 1. Malestar psicológico</b>	16
Concepto	19
Características	21
Estudios relacionados	23
<b>Capítulo 2. Perspectiva de género</b>	27
Violencia de género	33
Implicaciones sociales	39
Familia	41
Trabajo	43
Escuela	44
<b>Capítulo 3. Interacción asistencial psicológica por teléfono</b>	48
Modelos Internacionales	54
Modelos Nacionales	56
Asesoría psicológica de un servicio de asistencia telefónica en la Ciudad de México	61
<b>Capítulo 4. Método</b>	65
Justificación	65
Pregunta de investigación	65
Objetivos	65
Planteamiento del problema	66
Hipótesis	67
Tipo de investigación	67
Variables	67
Definición conceptual de variables	67
Definición operacional de variables	69
Escenario	70
Selección de participantes	70
Instrumentos	71
Procedimiento	72
Análisis de resultados	73
Discusión	88
Conclusiones	92
Limitaciones y sugerencias	94
Referencias	96
Anexos	102

## **Resumen**

Estudio descriptivo realizado con el objetivo de conocer la relación entre el malestar psicológico y variables sociodemográficas en usuarias de un servicio de asistencia telefónica de la ciudad de México que viven violencia de género. Se llevó a cabo mediante la aplicación del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 15 reactivos (Morales, 2008) y una entrevista abierta a 234 mujeres.

Los resultados que se obtuvieron muestran que los índices de malestar psicológico varían de acuerdo a las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas y los tipos de violencia que viven.

Se concluyó que los determinantes de mayor malestar psicológico son la experiencia de más de un tipo de violencia y el estado civil, pues las mujeres que viven en pareja o lo hicieron recientemente, mostraron los índices más altos de malestar psicológico al igual que aquellas que son víctimas de más de un tipo de violencia.

Conceptos clave: violencia de género, malestar psicológico, asistencia psicológica vía telefónica.

## Introducción

La violencia contra la mujer es un fenómeno que se ha venido observando en todos los sectores de la población, clases sociales, edades y niveles educativos. Este hecho requiere ser atendido por los especialistas que se dedican a atender la salud mental en la población. De ahí la importancia de identificar el impacto de la violencia de género a nivel emocional y su trascendencia en la salud mental de la población femenina que la padece.

En este sentido, existen diversas investigaciones que reportan los principales trastornos que experimentan las mujeres maltratadas, entre dichos trastornos se encuentran; el Trastorno de Estrés Postraumático, el Síndrome de Estocolmo Doméstico, depresión, el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica, ansiedad, baja autoestima, abuso de alcohol o fármacos, por enunciar los más destacados.

Cabe mencionar algunas de estas investigaciones, tal como la realizada por Aguirre et al. (2010) quienes utilizando una muestra constituida por 42 mujeres víctimas de violencia doméstica de la región del Bío Bío en Chile, por medio de una entrevista semiestructurada y de la Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997), evaluaron la presencia de estrés postraumático en ellas. Los investigadores encontraron que un 40.5 por ciento de la muestra reunía los criterios de TEPT y que un 26.2 por ciento adicional presentaba sintomatología subumbral significativa. Un 39.3 por ciento de las mujeres cuya situación de violencia había terminado continuaban presentando TEPT.

Montero (2001) en su propuesta teórica sobre el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica, presenta una hipótesis para conceptualizar una nueva categoría psicopatológica, el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD). Montero refiere que no se trata de una teoría sobre las causas o el mantenimiento de la violencia doméstica, sino una aproximación tentativa de cómo se relacionan determinadas variables y momentos psicológicos para producir un escenario fenomenológico concreto e identificable.

En este sentido Iraizor (2012) presenta un caso clínico de un trastorno de ansiedad generalizada, causado fundamentalmente por el maltrato sufrido por parte de la ex pareja y la ansiedad por la separación. Iraizor detectó en la paciente numerosas distorsiones cognitivas e ideas nucleares relacionadas con la interpretación errónea de la pareja; así como un miedo elevado a vivir sin una figura más fuerte. Por lo que los objetivos del estudio se centraron en la creación de una intervención donde se desarrollaran estrategias de afrontamiento ante situaciones de preocupación y ante el miedo al juicio, la ansiedad generalizada, y la mejora de las habilidades sociales en la paciente.

López, Maris, Suárez y Brenan (2002) con respecto al Síndrome de Estocolmo Doméstico, comentan que a pesar de que en la actualidad las cifras de incidencia en lo relativo a la violencia contra la mujer ejercida por esposos o compañeros sentimentales, o en el marco de relaciones afectivas de otro tipo, están ganando en publicidad progresivamente con respecto a épocas anteriores, lo cierto es que aún queda mucha realidad por conocer. El abuso crea y mantiene en la pareja una dinámica de dependencia debido a su afecto asimétrico sobre el equilibrio de poder, siendo el vínculo traumático producido por la alternancia de refuerzos y castigos. Ellos creen que en los casos de parejas en que circula la agresión y ésta es sostenida, se estaría en presencia de relaciones de tipo narcisistas. En este tipo de parejas, ambos manifiestan las mismas perturbaciones básicas, solo que con signos inversos.

En este sentido, la mujer maltratada está sometida a un ambiente traumático sostenido y, en un punto a lo largo del período de presión física y psicológica, coincidente con una fase de adaptación, la mujer adopta inconsciente y adaptativamente el modelo mental explicativo de su esposo sobre su desgracia y acerca de las razones que él expone para agredirla proyectando al mismo tiempo la culpa al exterior. En esta línea, Montero, 1999 considera la aparición de una variedad del Síndrome de Estocolmo denominado como Doméstico, donde se establece un vínculo de protección a través del proceso de identificación y adaptación que actúan también como vía para preservar los lazos familiares en el caso de una pareja con hijos.

Si bien existen diversos estudios para conocer los efectos de la violencia en las víctimas, la intervención clínica especializada en el tratamiento de las secuelas psicológicas de la violencia, es uno de los elementos fundamentales para atender y combatir la violencia de género, que aún no se ha profundizado con igual magnitud, sobre todo en el ámbito de la intervención en crisis y la atención psicológica vía telefónica donde por lo general no se da seguimiento a las víctimas, y que sin embargo, es una opción que ellas toman de primera instancia por la dificultad que tienen de acercarse a un apoyo presencial. Esto representa un problema de salud pública por la alta prevalencia y porque tiene un impacto negativo a la salud, a nivel social, económico, emocional y psicológico, tanto en las víctimas como en la familia y en la comunidad.

Dado que no es una tarea sencilla desarrollar en las mujeres que viven violencia de género, aquellas habilidades que mejoren su calidad de vida y promuevan la toma de decisiones encaminada a la superación de esta problemática. Es necesaria la aplicación de metodologías centradas en la sintomatología que presentan estas mujeres y por tanto, en el desarrollo de estrategias eficaces para quienes se encuentran afectadas en su salud mental.

## **Antecedentes de la investigación**

Jean Jaques Rousseau (1755) en su obra *El Origen de la desigualdad entre los hombres* argumenta que la extrema desigualdad en la manera de vivir, que se ve reflejada en el exceso de ociosidad de unos, contra el exceso de trabajo de otros, o el acumulamiento de riquezas de algunos en comparación con la extrema pobreza de muchos otros, son pruebas de que la mayor parte de nuestros males son nuestra propia obra. Esta desavenencia también comprende la que existe entre hombres y mujeres, lo cual ha propiciado el surgimiento de grupos feministas que luchan a favor de condiciones de igualdad entre géneros.

En la actualidad la lucha por equidad entre géneros ha tenido logros importantes como la formulación de leyes, programas e instancias encargadas de mejorar las condiciones de igualdad y la creación de políticas específicas para atender la problemática de género. Uno de los logros más importantes es la formulación de instrumentos internacionales para la equidad; como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención Belém do Pará. Sin embargo, estas aportaciones públicas no han sido suficientes pues en el ámbito de lo privado, las condiciones de desventaja de las mujeres llegan hasta los terrenos de la violencia.

El resultado de estas relaciones desiguales de poder se vislumbran claramente dentro del hogar, lugar donde las relaciones jerárquicas combatidas en lo jurídico y lo político quedan como un mito funcional, pues a pesar de los desarrollos sociales en términos de equidad entre hombres y mujeres en ámbitos de derechos humanos, aún se mantiene culturalmente una visión masculinizada de la vida que coloca en situaciones de alta vulnerabilidad a las mujeres, al favorecer la justificación de situaciones de violencia.

Estas anomalías no solo se observan dentro del hogar, pues las sociedades contemporáneas aún resienten la exclusión de las mujeres en la esfera pública, la violencia laboral y la representada por los feminicidios, como el caso de las mujeres en ciudad Juárez



y el estado de Chihuahua. Al respecto, Sánchez (2003) muestra como durante los años de 1993 a enero del 2002 se dieron a conocer 270 homicidios de mujeres cometidos y 192 desaparecidas en dichas ciudades.

En cuanto a la violencia, Auron y Maldonado (2003) la entienden como “aquellos actos u omisiones que atentan contra la integridad física, emocional, intelectual, social y moral de cualquiera. Su ejecución implica un acto de poder basado en la desigualdad de género, edad, clase, etc. Este ejercicio del poder que afecta negativamente la libertad y la dignidad del otro, implica siempre el uso de la fuerza para producir daño. En un sentido amplio se puede hablar de violencia política, de violencia económica, de violencia social, etc. En todos los casos, el uso de fuerza nos remite al concepto de poder” (p. 305).

La violencia está clasificada en diferentes modalidades y tipos. Es decir, que puede encontrarse de diversas formas. Las modalidades de la violencia de acuerdo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), ley vigente en México desde el 2 de febrero de 2007, son:

**Violencia familiar:** es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

**Violencia laboral y docente:** se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la equidad.

**Violencia institucional:** son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

**Violencia feminicida:** es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.

Para el propósito de esta investigación, la modalidad de violencia que fue abordada es la **violencia familiar**, ya que los casos que se incluyeron son mujeres víctimas de violencia familiar en alguno o varios de los tipos que comprende esta modalidad.

La Organización Mundial de la Salud (2014) en cuanto a la prevalencia de la violencia de género a nivel mundial arroja las siguientes cifras:

- El 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.
- Por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja.
- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.
- Estas formas de violencia pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud, y aumentar la vulnerabilidad al VIH.

En las mujeres de 15 a 49 años:

- Entre el 15% de ellas en Japón y el 71% en Etiopía referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja.
- Entre un 0.3% y un 11.5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja después de cumplidos 15 años.
- La primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% de las mujeres en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural y 30% en zonas rurales de Bangladesh indicaron que su primera experiencia sexual había sido forzada).
- A nivel mundial, cerca de un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones la cifra es mucho mayor. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

El INEGI (2013) reporta que en el Distrito Federal:

- 72 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia, ya sea por parte de su pareja o de cualquier otra u otras personas.
- 52 de cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido al menos una relación de pareja, han sufrido algún tipo de agresión a lo largo de su relación.
- De las mujeres violentadas, las agresiones más frecuentes son las de carácter emocional; 50.1 por ciento ha vivido –al menos una vez a lo largo de su relación– insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas de tipo psicológico o emocional.
- De las mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja, el 91.5 por ciento no denunció la agresión ante alguna autoridad.
- 19 de cada 100 mujeres asalariadas enfrentaron actos de discriminación laboral durante octubre de 2010 a noviembre de 2011.
- En el 2011 la tasa de muertes femeninas por homicidios fue de 3.2 por cada 100 mil mujeres, la más alta en los últimos doce años.
- Milpa Alta es la delegación que registra la mayor tasa de decesos femeninos por suicidio, 4.4 muertes por cada 100 mil mujeres INEGI (2013).

A nivel nacional el INEGI (2013) estima que:

- 63 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia, ya sea por parte de su pareja o de cualquier otra u otras personas.
- 47 de cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido al menos una relación de pareja o matrimonio o noviazgo, han sido agredidas por su actual o última pareja a lo largo de su relación.
- Entre las mujeres unidas está más extendida la violencia de pareja de cualquier tipo (49.3 por ciento), que entre las casadas (43.2 por ciento).
- La prevalencia de violencia de pareja más alta es entre las mujeres que trabajan, donde alcanza al 52.1 por ciento de todas las mujeres en esta condición.
- Se estima que 1.2 millones de mujeres actual o anteriormente casadas o unidas enfrentaron violencia física muy grave o extrema y cuya vida estuvo en riesgo.
- 85 por ciento de las mujeres que enfrentaron violencia física y/o sexual infligida por su pareja, fue violencia grave y muy grave, alcanzando a 5.1 millones de mujeres de 15 años y más, actual o anteriormente unidas.
- 21 por ciento de las mujeres que sufrieron violencia física y/o sexual ha pensado en suicidarse (12 por ciento) o lo ha intentado (9 por ciento); mientras que 2.2 por ciento de entre quienes solo sufrieron violencia emocional, también tuvieron ideas o intento de suicidio.
- Una cuarta parte del total de las mujeres asalariadas (26.3 por ciento), que trabajaron durante 2010, enfrentaron actos de discriminación laboral, por parte de sus empleadores.

Las tasas de homicidios de mujeres, que se encuentran por encima de la media nacional (4.6 por cada cien mil mujeres), se registran en Baja California (6.0), Chihuahua (22.7), Durango (6.9), Guerrero (10.4), Morelos (4.7), Nayarit (9.7), Nuevo León (9.5), Sinaloa (7.9) y Tamaulipas (4.6) (INEGI, 2013).

Así los datos anteriores ponen en evidencia la importancia de este problema en México y otros países, tomando en cuenta que, aun cuando el tema tiene cierto reconocimiento, la violencia de género sigue constituyendo un tabú social y cultural, ya que

en muchas ocasiones es tomada como algo normal, se tiende a ocultar o es negada por víctimas y victimarios, causando una pobre estimación de la prevalencia de esta problemática. Los elementos que contribuyen a esta negación, naturalización u ocultamiento de la violencia son sin duda, múltiples y de diverso orden. Desde factores personales, pasando por los propios de la interacción cotidiana, hasta aquellos de orden social o cultural.

Un aspecto vinculado con la violencia es el sentir de diversas emociones desagradables y manifestaciones físicas que desata la experiencia de este tipo de circunstancias. El conjunto de este tipo de sensaciones constituye las características del malestar psicológico. Este concepto se refiere a los cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, que no pueden agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva (Morales, 2005 citado en Sánchez et al, 2013).

Puesto que la Organización Mundial de la Salud (2007) define la salud mental no sólo como la ausencia de trastornos mentales, sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad; el malestar psicológico, debe entenderse como el cuadro clínico de una manifestación sintomática distinta a los trastornos de personalidad, que denota un estado de inadecuación al medio ambiente donde la persona no es capaz de desarrollarse plenamente y debido a ello despliega una serie de manifestaciones que lo delatan.

Diversas investigaciones donde se exploraron los niveles de malestar psicológico en distintas poblaciones confirman que las personas que se encuentran atravesando por situaciones de difícil afrontamiento, manifiestan una serie de síntomas reactivos a dichas circunstancias que advierten la necesidad de proporcionar atención psicológica y no necesariamente padecen de trastornos mentales, sino que las reacciones se deben a estilos emocionales de afrontamiento relacionados con las circunstancias.

En población estudiantil, por ejemplo, estas reacciones emocionales como agobio y tensión, falta de concentración o pérdida de sueño, conllevan la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio pues las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica que posteriormente se traduce en cuadros depresivos. Es por ello que es recomendable implementar servicios de atención psicológica en centros educativos.

Igualmente las investigaciones al respecto han encontrado que la sintomatología del malestar psicológico conlleva deterioros en áreas como la familiar, personal, escolar, salud, social, y sexual; en particular la familiar y la de salud, las cuales están relacionadas específicamente con la interacción con los padres, la autoimagen, y conductas de consumo de cigarro y alcohol cuando se trata de adolescentes. Por lo que dificultades en estas áreas de la vida pueden ser consideradas como indicadores de la presencia de malestar psicológico.

Con relación a las variables sociodemográficas asociadas al malestar psicológico se ha encontrado que el contar con menor tiempo destinado a recreación, preocupaciones económicas, más de diez horas diarias de estudio personal, procedencia de provincia, percepción de bajo nivel socioeconómico y la percepción de un apoyo familiar pobre, están altamente relacionados con niveles considerables de malestar psicológico en las poblaciones que fueron estudiadas.

Se considera que las personas que se encuentran pasando por periodos donde sufren de malestar psicológico, están en situaciones de crisis y pueden ser receptivas a la introducción de cambios significativos en un breve periodo de tiempo, si están abiertas a la influencia y la ayuda de los demás a lo largo de ese periodo. Okun (2001) expresa que las relaciones significativas con los otros, como el terapeuta, la familia o los amigos, constituyen una parte importante de la intervención en crisis. Una persona que está pasando por uno de estos periodos necesita de todo el apoyo y ayuda disponibles, ya que la resolución adaptativa de las crisis puede tener como resultado la aparición de cambios positivos duraderos.

Slaikeu (1996) manifiesta que, dentro del plano de la consejería telefónica, una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del sujeto para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. Este autor resalta, que antes de un suceso de crisis, el sujeto suele tener un comportamiento normal, que funciona adecuadamente en el grupo familiar y social.

Al presentarse una crisis, el suceso precipitante, como por ejemplo; la pérdida de un ser querido, problemas económicos, o desempleo, impacta en la persona. El suceso estresante interactúa con la personalidad del sujeto, dándose un proceso que involucra a cinco subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo. La reacción del sujeto afecta a la familia, comunidad, sus relaciones laborales y diversos ámbitos de la vida de la persona.

El objetivo principal en la intervención es apoyar a la persona a enfrentar estas situaciones teniendo en cuenta que las crisis se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas.

Desde el punto de vista de la atención telefónica en casos de crisis, este medio de comunicación ha demostrado ser un excelente vehículo para brindar contención emocional, darle una forma al caso y determinar cuál es la alternativa o alternativas de salida a la demanda. Este tipo de atención se viene dando hace más de cuatro décadas sobre todo en los EE.UU., y en Europa, donde existen líneas con especialización en: anorexia, bulimia, suicidio, SIDA, problemas en la adolescencia, consumo de drogas, etc. A través de este canal, la ayuda es inmediata y puede ser el punto de inicio de todo un proceso, vale decir del tratamiento, por medio del cual el paciente puede superar, resolver o por lo menos atenuar su problema.

En México existen servicios que ofrecen ayuda psicológica en situaciones de crisis que tiene como objetivo escuchar, orientar y, de ser necesario, canalizar a centros de atención especializados. Entre ellos, el antecedente más remoto es el “Centro de Prevención del Suicidio” del Hospital de Emergencias de Coyoacán que brindaba ayuda médica y psicológica por teléfono. Este servicio llegó a funcionar casi cinco años desde 1967.

En 1978 fue fundado el SOI por los Centros de Integración Juvenil con la finalidad de brindar atención de emergencia a las personas con problemas de uso y abuso de sustancias tóxicas.

Saptel, surge en 1985 para atender las necesidades psicológicas de los habitantes del Distrito Federal ante la situación de desastre que habían ocasionado los terremotos en ese año.

También encontramos el servicio telefónico de Locatel que trabaja orientando a los habitantes de la Ciudad de México desde 1980 y actuando como un instrumento para la difusión de una cultura con equidad de género así como de los derechos de las mujeres.

Entre los más recientes destaca el Call Center de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México que atiende a la población en general desde 2009, en un inicio con el objetivo de ayudar a mantener el orden en la situación crítica que había desatado la epidemia de influenza que azotó al país en abril del mismo año. El servicio que ofrecen La Facultad de Psicología lleva por nombre Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socio organizativos y está especializado en dar respuesta de manera activa y responsable en los momentos de crisis por catástrofes y desastres cotidianos propios de la ciudad como los problemas de transporte, la inseguridad o accidentes técnico-industriales, por mencionar algunos. La meta que persiguen es la resolución de las crisis individuales, grupales y el restablecimiento del funcionamiento del individuo y la sociedad, antes, durante y después del evento crítico (Álvarez, 2011).

De esta manera podemos ver como el abuso de poder que se da de manera natural en el ser humano ha llegado a los terrenos de las relaciones entre géneros, diversas instituciones gubernamentales han tratado de intervenir promulgando leyes y sanciones para su erradicación, sin embargo no son suficientes. Por su parte, la intervención de las instituciones de salud han aportado modelos explicativos y descriptivos de las relaciones de poder que llegan a grados extremos entre hombres y mujeres. Pero nos falta un eslabón entre la intervención en crisis de casos de violencia y estas aportaciones por parte de las instituciones de salud, pues vemos que si bien existen diversas líneas telefónicas que tienen como marco de atención los principales desarrollos de la intervención en crisis y de la



violencia, aún no se ha logrado compaginar de manera precisa, sobre todo desde la sintomatología de las situaciones de violencia, cuando la víctima se acerca a estos servicios a pedir apoyo. De ahí que esta investigación tenga la intención de indagar esos aspectos desde el malestar psicológico de las víctimas. Estos antecedentes dan muestra de los fundamentos teóricos que dan lugar a los siguientes apartados, donde se proporciona una descripción teórica más desarrollada de ellos, especificando sus propiedades y naturalezas definidas ampliamente.

## **Malestar psicológico**

Espíndola et al. (2006) explican que el malestar psicológico es parte de un desarrollo teórico y clínico que a su vez ha recibido influencia de diversas propuestas psicopatológicas, entre ellas encontramos las aportaciones de Freud (1926), quien estableció una distinción clara entre la reactividad de los procesos inhibitorios y el anclaje simbólico del síntoma. Esto significa que la inhibición tiene que ser manifestada a través de diferentes conductas, las cuales van a tener un significado y que van a representar el síntoma, como en el caso de Ana O, en el cual la ceguera y la parálisis reflejaban la problemática histérica de ella y que estaba relacionada con las vivencias que ella tuvo durante la infancia.

A este respecto, la teoría del carácter en psicoanálisis del siglo XX, establece la existencia de una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas para la adaptación de defensas ante el medio ambiente y la realidad interna (Espíndola et al., 2006). De acuerdo a lo anterior, el malestar psicológico se trata de un conjunto de manifestaciones en la conducta que se suelen expresar ante situaciones de difícil afrontamiento y que van a denotar que el entorno donde se encuentra la persona que las despliega es perjudicial para su salud mental.

Páez (1986) entiende el malestar psicológico como el nivel de estrés percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. De acuerdo a esta explicación, estos elementos pueden configurar un problema de salud mental, que se manifestará a través de diversas sintomatologías. Este autor refiere que el bienestar/malestar psicológico se puede definir como la balanza entre emociones positivas y negativas.

La afectividad negativa se manifiesta por problemas como la ansiedad y la depresión y está asociado a un mayor número de conflictos interpersonales y problemas de salud. En cambio, la afectividad positiva se manifiesta por los buenos sentimientos hacia uno mismo y hacia el mundo que le rodea, y se asocia a un mayor número de contactos sociales, a la extraversión y a la participación en nuevas actividades (Páez et al. 1993).

Es importante destacar que de acuerdo a la comprensión que Páez aporta para la configuración del malestar psicológico y lo tratado anteriormente, el malestar psicológico no logra entrar en el terreno del trastorno mental, pero sí de un desequilibrio psíquico que se refleja en una serie de conductas anómalas para el buen funcionamiento de la persona que lo sufre, así como sentimientos desagradables que llamarían la atención para la búsqueda de ayuda o del abandono de las situaciones que los generan. Haciendo del malestar psicológico, más que un conjunto de rasgos de personalidad o parte de un tipo de carácter patológico, un brote de conductas y sensaciones adaptativas para el individuo que lo padece.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (2013), define el trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición de un individuo, la regulación de la emoción, o comportamiento que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos, o de desarrollo que subyacen a la función mental. Los trastornos mentales se asocian generalmente con un malestar significativo o discapacidad en la vida social, laboral o de otras actividades importantes.

Una respuesta esperable o aprobada culturalmente a un estresor común o pérdida, como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. Socialmente un comportamiento desviado (por ejemplo, político, religioso o sexual) y conflictos que son principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que las desviaciones o conflictos resulten de una disfunción en el individuo como las descritas en el manual DSM-V.

El diagnóstico de un trastorno mental debe tener utilidad clínica: debe ayudar a los médicos a determinar el pronóstico, los planes de tratamiento, y los resultados potenciales de tratamiento para sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no es equivalente a una necesidad de tratamiento. Necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que considera los síntomas, la prominencia de los síntomas (por ejemplo, la presencia de ideación suicida), angustia (dolor mental) del paciente asociado con el síntoma (s), la discapacidad relacionada con los síntomas, los riesgos del paciente y beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores (por ejemplo, los síntomas

psiquiátricos que complica otra enfermedad). Los médicos pueden así encontrar personas cuyos síntomas no cumplen todos los criterios para un trastorno mental, pero que demuestran una clara necesidad de tratamiento o cuidado. El hecho de que algunas personas no muestran todos los síntomas indicativos de un diagnóstico no debe utilizarse para justificar la limitación de su acceso a la atención adecuada (DSM-V, 2013).

Por otro lado, el DSM-V y la Organización Mundial de la Salud (OMS) creen conveniente separar los conceptos de trastorno mental y discapacidad definiendo a esta última como deterioro en importantes áreas sociales, ocupacionales, u otras áreas de funcionamiento importantes. En el sistema de la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10) cubre todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), ofrece una clasificación separada de discapacidad global. El Esquema de Evaluación de Discapacidad de la OMS se basa en dicha clasificación y ha demostrado ser útil como una medida estandarizada de la discapacidad por trastornos mentales. Sin embargo, en la ausencia de marcadores biológicos claros o mediciones clínicamente útiles de la gravedad para muchos trastornos mentales (o la falta de difusión de ellos), no ha sido posible separar por completo las expresiones de los síntomas normales de los patológicos contenidos en los criterios diagnósticos.

El DSM-V (2013) menciona que esta falta de información es particularmente problemática en situaciones clínicas en las que la presentación de los síntomas del paciente no son precisamente patológicos (sobre todo en las formas leves) por lo que en ciertos pacientes el diagnóstico de "trastorno mental" sería inapropiado. Por lo tanto, un criterio de diagnóstico genérico que conlleva angustia o discapacidad ha sido utilizado para establecer los umbrales del trastorno, generalmente redactado "la alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras áreas importantes del funcionamiento del paciente".

De acuerdo a lo anterior, la mayoría de estas reacciones que de acuerdo al DSM-V son consideradas dentro del grupo de trastornos adaptativos, se requiere el uso de conceptos que permitan definir y de esta manera atender específicamente a esta población, sin la necesidad de psicopatologizar las manifestaciones psicológicas que presentan. Es decir,

utilizar criterios diagnósticos relativos al trastorno mental, para manifestaciones que son propias de una respuesta saludable. Por otro lado, es necesario no despreciar la importancia de estas reacciones secundarias, que al no cumplir con los criterios propios de un trastorno mental, en ocasiones se soslayan, pero que requieren de atención profesional especializada.

## **Concepto**

El concepto de malestar psicológico se refiere a la necesidad de darle nombre a una serie de manifestaciones clínicas no patológicas en la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica.

La definición de este concepto es de suma importancia dado que intenta dar respuesta a la necesidad de ampliar el espectro de salud mental.

Se trata de una construcción psicológica, ya que no es sólo el producto diagnóstico de la aplicación de pruebas que permiten diferenciar personas sanas de aquellas que presentan un riesgo mayor mediante la interpretación del significado que los propios pacientes otorgan a sus síntomas. Es un término que se ha utilizado en diferentes instituciones de salud no psiquiátricas para determinar un conjunto de cambios emocionales, que están estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso y que no pueden tipificarse en la nosología psiquiátrica, pero que requieren atención específica.

Partiendo de lo dicho anteriormente, Espíndola et al. (2006) definen el malestar psicológico como un estado reactivo que se enmarca dentro de las directrices caracterológicas del marco de la salud mental. Dichas alteraciones requieren del desarrollo de estrategias específicas de atención y detección oportuna.

Espíndola et al. (2006) proponen al malestar psicológico como una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico. Si bien el concepto de malestar psicológico se desprende de observaciones derivadas de la aplicación y análisis de un instrumento como el Cuestionario General de Salud de Goldberg

(Goldberg, 1972), no se trata de una construcción propia del instrumento o de una categoría que se desprenda de sus resultados, sino de una construcción conceptual posterior, que se describe más adelante.

“Este cuadro clínico debe entenderse como algo distinto a los trastornos adaptativos, los trastornos de personalidad y a los diagnósticos de psicosis breve y las denominadas caracteropatías, aunque sus diferencias pueden ser sutiles pero fundamentales para el pronóstico, la intervención y la indicación o abstención de tratamiento. El malestar psicológico no es un diagnóstico, sino una descripción que evidencia alteraciones. Presupone la existencia de una etiología reactiva que se suma a su estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo” (Espíndola et al., 2006 p. 115).

“El malestar psicológico como concepto, se desprende de diversos análisis estadísticos y observaciones clínicas derivadas de la aplicación del Cuestionario General de Salud y de la utilización de otros instrumentos de tamizaje” (Espíndola, et al. 2006 p. 115). Estos estudios nos han orientado al análisis de una gama de síntomas clínicos propios de la salud mental que se presentan como alteraciones psicológicas, clínicamente significativas y que responden a un evento disruptivo específico, pero que no cumplen con los criterios para ser considerados como un trastorno mental. El concepto de malestar psicológico da cuenta, por lo tanto, a un intento de ampliar el espectro de salud mental con el que el individuo responde.

El concepto de malestar psicológico en la literatura internacional es, hasta el momento, un híbrido capaz de nombrar cualquier manifestación relacionada con una queja emocional de un paciente dado, producto de un tamizaje. Alude a un instrumento de salud autopercebida, que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales.

El malestar psicológico, como construcción psicológica y no sólo como producto de un tamizaje, es parte de un desarrollo teórico y clínico que ha recibido influencia de diversas propuestas psicológicas.

“Es común encontrar la determinación de cuadros psicopatológicos, en pacientes que no necesariamente padecen de un trastorno mental. El malestar psicológico no puede ser entendido en éstos términos. El malestar psicológico consiste en una alteración secundaria a un evento estresor, pero que tiene características adaptativas y funcionales” (Espíndola et al. 2006 p.115).

## **Características**

Una de estas propiedades es la **reactividad**, la cual “se trata de un fenómeno de inicio secundario a un estresor identificable, en primer lugar por el paciente, y en segundo lugar, por el clínico que hace la entrevista. Las características del estresor y la susceptibilidad de éste para desencadenar el malestar, se entienden por: el momento vital del paciente, la fuerza de su aparato psíquico, la integración del self, la historia del paciente y las características simbólicas de estructura que conforma su carácter. Dicho estresor, desencadenará una serie de movimientos representacionales, simbólicos, afectivos y comportamentales. Estos movimientos se dan durante un periodo de ajuste, en donde el sujeto los utiliza en pro de la adaptación al medio ambiente y de las necesidades de su mundo interno. Entonces, se trata de un fenómeno reactivo, en tanto que dicho proceso no persiste en el tiempo y tiene fines adaptativos, funcionales y egodistónicos” (Espíndola et al. 2006 p. 116).

Otra de sus características es que es una **alteración emocional**, es decir, las manifestaciones más claras del malestar psicológico se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros. Espíndola et al (2006) aseveran que si bien se trata de una alteración emocional de manifestaciones afectivas, no se caracteriza por una entidad particular. En realidad el malestar es susceptible de presentarse en cualquiera de las gamas y tonalidades,

su tendencia puede dirigirse hacia el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía.

Puede presentarse también una línea afectiva de poca reactividad, similar al **embotamiento**. En realidad la dificultad es que su manifestación puede ser similar a cualquier trastorno emocional. Sin embargo, su etiología, psicodinámica, evolución y pronóstico, son enteramente distintos.

Sobre las bases de las ideas expuestas, Espíndola et al (2006) nos dicen que el malestar psicológico no hace referencia a síntomas, sino a datos clínicos. Cuando un paciente cursa exclusivamente con malestar psicológico, se debe entender que no se trata de una patología, en consecuencia, los datos clínicos observados obedecen a un periodo de ajuste, no a una sintomatología, no a un trastorno; pero sí, a una alteración que se compara con el estado emocional previo al agente estresor desencadenante.

Espíndola et al. (2006) agregan que es un evento **egodistónico** a raíz de la detección de un estresor desencadenante y sus manifestaciones afectivas de tipo adaptativo y reactivo (el paciente refiere incomodidad y deseo de cambio). Si bien se trata de un proceso de adaptación, es innegable el dolor psíquico que esta respuesta desencadena. Así, las manifestaciones en la tonalidad afectiva, el estado de ánimo, la percepción y el pensamiento, son experimentados por el paciente como un fenómeno molesto, incómodo, desconcertante y que altera la funcionalidad de algunas áreas de desempeño de la vida cotidiana. Esto lleva a los pacientes al deseo de cambio por recuperar su estado previo de funcionalidad y emotividad; haciendo de éste, un fenómeno egodistónico.

Las **alteraciones físicas** del malestar psicológico se traducen en síntomas psicosomáticos, como dolores de cabeza continuos, bochornos o escalofríos y trastornos de sueño como dificultades para dormir o pasar noches intranquilas.

En cuanto a lo simbólico, Espíndola et al (2006) explican que cuando es reconocido el evento estresor desencadenante, puede suscitarse un desajuste de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno, así como sus respectivos afectos ligados en la conciencia. La presencia de un evento inesperado y de alto impacto, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones. Cuando este



evento nuevo es asimilado, se incorpora el self, donde la segunda tarea por realizar, es la de ser significado. Luego de lo cual, se instala como un evento simbolizado y simbolizante, lo que disminuye la carga emocional libre que genera incertidumbre y angustia. A partir de ese momento del proceso, el evento puede ser nombrado como experiencia y no requiere del olvido.

### **Estudios relacionados**

Carreño (2008) en su Propuesta de un modelo pronóstico de malestar psicológico en mujeres estériles, estudió los aspectos emocionales relacionados con la esterilidad o la infertilidad. El exploró dicha relación desde la psicología de la salud, con un tratamiento distinto del que tradicionalmente se ha realizado, proponiendo que las mujeres con padecimiento de infertilidad no cursan con un trastorno mental, sino que las reacciones se deben como consecuencia de la expresión de malestar psicológico. Este, entendido como un proceso reactivo frente a los tratamientos. Carreño concluyó que la presencia del malestar psicológico se explica con la combinación de cuatro variables: autoestima baja, estilo de afrontamiento de escape-evitación, el papel del género masculino y sumisión. La explicación que ofrece a partir de su estudio es que el papel de género y el afrontamiento no tienen un efecto directo en el malestar, la autoestima resultó ser una variable mediadora importante, ya que la presencia del malestar psicológico se reporta a través de ella. El hecho que una persona reporte una autoestima baja, además del modo de afrontamiento de escape-evitación, el papel del género masculino, con influencia del papel de sumisión femenina, es indicativo de la presencia del malestar psicológico. La combinación de este factor es requisito para proporcionar atención psicológica.

Otros estudios realizados sobre el malestar psicológico son los llevados a cabo por Rocha y Soto (1995) donde en un grupo de estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales plantel Aragón, encontraron que la depresión puede constituir un problema importante pues al malestar psicológico del individuo se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio ya que, como se sabe, las

funciones cognitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica.

Varios estudios indican que la frecuencia de malestar psicológico dentro de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominan las mujeres y los estudiantes de licenciaturas de carreras "difíciles" (ingeniería, medicina, etc.). En la investigación realizada por Rocha y Soto (1995) se utilizó el Inventario de Depresión de Beck para detectar los casos que tenían algún síndrome depresivo, en una muestra aleatoria de 1026 sujetos evaluados. Encontraron que la frecuencia de los cuadros depresivos en la población universitaria es alta, por lo que es recomendable implementar servicios de atención psicológica en centros de estudios superiores.

Barcelata, Duran y Lucio (2004) exploraron en su investigación indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos en áreas como la familiar, personal, escolar, salud, social, y sexual desde la perspectiva del propio adolescente. Para ello utilizaron como instrumento de investigación el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (Barcelata et al. 2004) el cual lo aplicaron a un grupo de 225 adolescentes estudiantes identificados con problemas de conducta que asistían a consulta psicológica privada o en instituciones públicas. Detectaron algunos indicadores de problemas emocionales en todas las áreas en particular la familiar y la de salud, relacionados específicamente con la interacción con los padres, la autoimagen, y conductas de consumo de cigarro y alcohol. Estos investigadores encontraron que algunos de estos indicadores se presentaron con mayor frecuencia en hombres que en mujeres y viceversa.

Los datos que obtuvieron los llevaron a pensar que algunos aspectos de la vida de los adolescentes pueden ser considerados como indicadores de la presencia de malestar psicológico y que, aunque tanto las chicas como los chicos reportan mayor número de problemas en algunas áreas que en otras.

Herrera y Rivera (2011) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de medir la prevalencia y nivel de síntomas de malestar psicológico y su relación con variables sociodemográficas, familiares y académicas, en estudiantes de pregrado de la

carrera de Enfermería. Esto por medio del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 12 ítems (García, 1999) a 228 estudiantes. Entre los resultados, obtuvieron una prevalencia de 36 por ciento de malestar psicológico; los síntomas más frecuentes fueron: agobio y tensión, falta de concentración, menor capacidad para disfrutar de la vida diaria, sentirse deprimido, pérdida de sueño e incapacidad para enfrentar problemas, asimismo encontraron una relación significativa del malestar con: menor tiempo destinado a recreación, preocupación económica, más de diez horas diarias de estudio personal, procedencia de provincia, percepción de bajo nivel socioeconómico, percepción de pobre apoyo familiar, promedio de notas inferior a cinco y mediana satisfacción con la carrera. Estos resultados les llevaron a la conclusión de que existe una alta prevalencia de malestar psicológico entre los estudiantes de enfermería, relacionado con características propias del estudiante de orden personal, académico y familiar.

Díaz, Rodríguez, Mota, Espíndola, Rodríguez y Zarate (2006) investigaron sobre la relación entre la percepción de las relaciones familiares y el malestar psicológico en adolescentes embarazadas aplicando el Cuestionario General de Salud de Goldberg a 213 adolescentes embarazadas primigestas, con 17 años de edad o menos. Estos investigadores usaron como indicador de malestar psicológico un puntaje de 8 o más y la percepción de las relaciones familiares la evaluaron con un cuestionario que exploró cuatro aspectos: dinámica familiar, relaciones entre los padres, relación con la madre y con el padre. Ellos observaron una asociación de dependencia con la percepción de las relaciones familiares en los casos con malestar psicológico, por lo que concluyeron que la percepción de la dinámica familiar, la relación entre los padres, y las relaciones afectivas con la madre y el padre, se asociaron directamente con la presencia de malestar psicológico.

Sánchez, Morales, Carreño y Cuenca (2007) evaluaron la relación entre cada disfunción sexual masculina, el malestar psicológico y los problemas conyugales. Encontraron que los hombres que participaron en la investigación con deseo sexual hipoactivo y eyaculación precoz presentaron un mayor malestar psicológico. Los problemas conyugales se relacionaron con las disfunciones masculinas, observando la mayor relación en el trastorno del orgasmo y deseo sexual hipoactivo, lo cual es un indicador de riesgo de malestar psicológico.

De igual manera, los resultados que obtuvieron les permitieron identificar algunos factores asociados a la presencia de disfunciones sexuales masculinas. El grupo de hombres con disfunción sexual mostró un mayor nivel de malestar psicológico en comparación con los hombres sin disfunción. No obstante, el grupo de hombres con disfunción sexual no rebasó el punto de corte que establecieron para considerarlos como casos de malestar psicológico que requiere de atención psicológica. Con esto concluyeron que es la combinación de factores, en este caso disfunción sexual, problemas conyugales y/o malestar psicológico lo que requiere de intervención.

## Perspectiva de género

Serret (2008) refiere que lo que conocemos con el nombre de perspectiva de género puede entenderse como un punto de vista, a partir del cual se visualizan los distintos fenómenos de la realidad (científica, académica, social o política), que tiene en cuenta las implicaciones y efectos de las relaciones sociales de poder entre los géneros.

Para comprender a cabalidad el significado y los alcances de tal perspectiva, debemos realizar un rodeo que nos lleve a conocer sus orígenes que se cimientan en el movimiento feminista.

Esta autora explica que los primeros aportes feministas que conocemos se suman a la recuperación hecha por la filosofía política del siglo XVII del racionalismo cartesiano. Los seguidores de esta última corriente aplican un criterio ético moral al análisis de la política y el poder. El pensamiento feminista realiza el mismo ejercicio para criticar los principios de legitimidad en que se pretendía fundamentar la subordinación social de las mujeres.

“La ilustración tiene sus antecedentes en la corriente del iusnaturalismo (teoría del Derecho Natural), que se propone desmontar las bases de legitimidad del Antiguo régimen en Europa. Los gobiernos medievales ejercían su autoridad gracias a una estructura social estamental, fundada en la idea de que, desde el nacimiento, algunas personas están destinadas a mandar, de acuerdo con sus condiciones naturales, y otras a obedecer” (Serret, 2008 p.16).

Los filósofos de la modernidad, a través de las doctrinas iusnaturalista, que confluirían después en el movimiento de la Ilustración, intentan demostrar que la racionalidad es un atributo universal, no de unos cuantos. Así, en la medida que se pudiese extender las cualidades de la razón, sucedería lo mismo con la calidad de individuos libres y autónomos, facultados para fijar su propia norma y gobernarse a sí mismos.

Sin embargo, en el pensamiento ilustrado se producen serias contradicciones. Al universalizar la idea del individuo autónomo muchos ilustrados en realidad estaban pensando sólo en hacer llegar los privilegios de la autonomía a cierta clase de individuos y

no se les ocurría pensar que las mujeres también pudieran ser, o querer ser, individuos autónomos. Estas contradicciones no pasaron desapercibidas. Precisamente la mirada crítica en torno a ellas fue lo que marcó el inicio del feminismo propiamente dicho. Esto es, el feminismo, en sus orígenes, es un movimiento intelectual, crítico, ético-político, de corte ilustrado racional.

Serret (2008) comenta que una de las primeras autoras feministas de las que tenemos noticia es la intelectual francesa Marie de Gournay, quien ya para 1622, opinaba, en plena consonancia con la lógica ilustrada, que la igualdad natural debía existir entre todos los individuos, mujeres y hombres y, por lo tanto, deslegitimaba la autoridad natural, dominio o poder magistral de unos sobre otros u otras. Y lo deja asentado en su tratado: *De la igualdad entre los hombres y las mujeres*.

García (2000) sostiene que durante muchos siglos solo ha prevalecido la visión masculina en las cosmovisiones que subyacen a la explicación de la historia, de los fenómenos sociales, culturales, artísticos y científicos, en los argumentos que se esgrimen para tomar decisiones y establecer políticas de corte económico o social, en el lenguaje mismo utilizado para nombrar al mundo, las emociones y las sensaciones.

La perspectiva de género permite explicar la manera como han sido construidas las diferencias socioculturales entre hombres y mujeres, al mismo tiempo que dismantelar las estructuras que generan desigualdad en las oportunidades de desarrollo entre ambos sexos.

Lamas (1996) explica que la categoría de género se refiere al conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual.

Se refiere entonces a las diferencias asignadas socialmente a hombres y mujeres: por ejemplo, cuando nace una mujer se le atribuyen características de docilidad, sutileza, emocionalidad que marcan un tacto suave y delicado hacia los bebés, y se limita la expresión y el desarrollo de destrezas en las que se requiere el uso de la fuerza física. Por el contrario, cuando nace un varón, al mirársele como un potencial jugador de deportes rudos y atribuírsele fortaleza, búsqueda, firmeza emocional y valentía, se le estimula a realizar actividades donde puede demostrar estas características.

Tal trato diferencial ha promovido a lo largo de la historia, formas de expresión distintas, reservando el ámbito privado, esto es, las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, a las mujeres; en tanto que los hombres les han correspondido emprender acciones en la esfera pública. Cabe mencionar que estas diferencias han sido traducidas en desigualdad, pues las actividades y formas de expresión femeninas han sido devaluadas con respecto a las masculinas, además de interpretarse como una falta de capacidad de las mujeres para realizar tareas masculinas y a los hombres para realizar tareas femeninas.

Por su lado, Lipovetsky (1997) se pregunta ¿Cómo no interrogarse sobre el lugar de las mujeres y sus relaciones con los hombres cuando medio siglo XX ha introducido más cambios en la conducción femenina que todos los anteriores? Es por ello que hace una comparación de los cambios que se han venido dando en las usanzas de las mujeres desde comienzos del siglo pasado.

Lipovetsky explica que las mujeres eran “esclavas” de la procreación, y han logrado liberarse de esta servidumbre inmemorial. Soñaban con ser madres y amas de casa, ahora quieren ejercer una actividad profesional. Se hallaban sometidas a una moral severa, y la libertad sexual ha adquirido derecho de ciudadanía. Estaban confinadas en los sectores femeninos, y hoy por hoy abren brechas en las ciudadelas masculinas, tienen los mismos títulos que los hombres y reivindican la paridad en política.

“No cabe duda de que ninguna conmoción social de nuestra época ha sido tan profunda, tan rápida, tan preñada de futuro como la emancipación femenina. Si bien el balance del siglo XX resulta poco glorioso en materia de respeto de los derechos humanos” (Lipovetsky, 1997 p. 9), no cabe duda que la dimensión de la evolución en lo que concierne a la mujer ha sido fundamentalmente positiva y ha revolucionado más que ningún otro su destino y su identidad.

En las sociedades occidentales contemporáneas se ha instaurado una nueva figura social de lo femenino, que instituye una ruptura capital en la «historia de las mujeres» y expresa un supremo avance democrático aplicado al estatus social e identitario de lo femenino. A esta figura sociohistórica Lipovetsky la denomina *la tercera mujer*. Sostiene que por primera vez, el lugar de lo femenino ha dejado de estar preordenado, orquestado de

cabo a rabo por el orden social y natural. El mundo cerrado de antaño ha sido sustituido por un mundo abierto o aleatorio, estructurado por una lógica de indeterminación social y de libre gobierno individual, análogo en principio a la que configura el universo masculino.

Lipovetsky (1997) manifiesta que si tiene sentido hablar de revolución democrática en lo que concierne a la construcción social de los géneros, es ante todo por el hecho de que en la actualidad se encuentran abocados al mismo “destino”, marcado por el poder de libre disposición de sí y la exigencia de inventarse a uno mismo al margen de todo imperativo social.

En esta misma línea, Lipovetsky resalta que el advenimiento de la mujer sujeto no significa aniquilación de los mecanismos de diferenciación social de los sexos. Este autor explica que en la medida que se amplían las exigencias de libertad y de igualdad, la división social de los sexos se ve recompuesta, reactualizada bajo nuevos rasgos. Por doquier las disyunciones de género son cada vez menos visibles, menos exclusivas, más imprecisas, si bien casi en ninguna parte periclitán. No hace mucho, lo más estimulante era pensar en lo que cambiaba radicalmente en la condición femenina; en nuestros días, en cierto modo la situación se ha invertido. Es la continuidad relativa de los roles sexuales lo que aparece como el fenómeno más enigmático, más rico en consecuencias teóricas, más capaz de hacernos entender la nueva economía de la identidad femenina en las sociedades de la igualdad. Pensar en la “invariación” de lo femenino se ha convertido, paradójicamente, en la cuestión clave que confiere todo su sentido al nuevo lugar de las mujeres en el seno de las sociedades que se rigen por la movilidad permanente y la orientación hacia el futuro.

“Mientras que numerosos lugares y atribuciones de lo femenino decaen, todo un conjunto de funciones tradicionales perduran, y ello no tanto por inercia histórica como por su posibilidad de concordar con los nuevos referentes de la autonomía individual” (Lipovetsky, 1997 p.10).

Durante el último cuarto del siglo XX, grupos de mujeres feministas, escritoras, investigadoras y académicas de diferentes partes del mundo han puesto en relieve dentro del ámbito internacional la problemática que viven las mujeres en diferentes campos del



desarrollo como la inserción económica, la participación política, los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva y la violencia (García, 2002).

Sánchez (2012) menciona que en la actualidad los derechos de la mujer en condiciones de equidad y libres de toda discriminación tienen la calidad de derechos humanos, cuya protección no sólo corresponde al ámbito local, sino también al internacional, de modo que los Estados contemporáneos están sometidos a su sistema jurídico interno, pero también a un conjunto de normas que incorporan derechos humanos al derecho interno y que convierten a su titular en sujeto de derecho internacional bajo la tutela de la jurisdicción internacional.

Esto se logra palpar, en opinión de Sánchez, en el sistema americano de derechos humanos, al que pertenece México, donde se establece como deber de los Estados que lo integran el que garanticen el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres con base en dos principios, el de igualdad y el de no discriminación, ambos contenidos en los diversos documentos que rigen el sistema, como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención Belém do Pará.

Estos estatutos dieron lugar a la equidad de género como tema en la agenda pública y a que los medios de comunicación tuvieran que discernir la forma de mirar desde esta óptica, para convertir a las mujeres en sujetos de información (Bucio 2012 p. 9).

García (2002) resalta que la Declaración Universal de los Derechos Humanos reafirma en su contenido el principio de la no discriminación al proclamar la igualdad de dignidad, derechos y obligaciones de las personas sin distinción de ninguna índole. Sin embargo, aún prevalecen grupos con características de desventaja social, poco beneficiadas por las garantías humanas, con severos rezagos que los convierten en poblados vulnerables. En este caso se encuentran las mujeres.

La prevalencia de múltiples formas de discriminación hacia la mujer que limitan su acceso y desarrollo en las mismas condiciones que el hombre, en campos de la vida pública

y privada llevó a la comunidad internacional a enfatizar los derechos de esta. Producto de lo anterior es la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer en 1979.

La citada convención define como “discriminación contra la mujer” toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscavar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales en las esferas políticas, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Los derechos contenidos en la convención tocan aspectos cruciales para lograr la equidad, como la eliminación de estereotipos en los papeles de hombres y mujeres; el combate a las formas de trata de mujeres; explotación y prostitución; la erradicación de la discriminación en la vida política y pública; favorecen el acceso a la educación, al trabajo, la información y los servicios sobre todo planificación familiar; así como el respeto de la equidad ante la ley y el matrimonio.

Al respecto Serret (2008) menciona que el hecho de ser hombres o mujeres permea todas las actividades que desarrollamos en las diferentes esferas de nuestra vida. Esta aseveración trasciende en el hecho biológico basado en el sexo o en genitalidad, se refiere al conjunto de creencias, valores, atributos, costumbres y prácticas construidas culturalmente entorno a lo que representa pertenecer al grupo femenino o masculino, es decir, alude al género. Mediante diversos mecanismos e instituciones, las sociedades han dado forma a los atributos que distinguen y diferencian a los sexos. Desde el momento mismo del nacimiento, las familias y las primeras personas que nos rodean muestran comportamientos diferenciados según el sexo del recién nacido. El color de la ropa las expectativas sobre su futuro, las características observables y el trato hacia este nuevo ser, son algunos tantos aspectos que cambian según sea hombre o mujer.

García (2002) dice que durante el proceso de socialización y el curso de vida en general, las personas interiorizan los valores y propiedades que la sociedad asigna, esto lo hace mediante el contacto cotidiano con prácticas sociales diferenciadas para hombres y

mujeres. La familia, la escuela, la religión, el trabajo y los medios de comunicación, entre otras instituciones, difunden, promueven, validan o censuran comportamientos y actitudes en las personas en torno a lo que es bien visto según su sexo.

## **Violencia de género**

Existe un largo debate sobre la naturaleza o el origen de la violencia en el ser humano. CONAPO (2015) menciona que para algunos autores, la violencia es un asunto hereditario, biológico, que tiene que ver con una personalidad antisocial y con tendencias agresivas; para otros, la violencia se relaciona con el medio ambiente y con aspectos culturales, el ser humano nace bueno y el entorno, sus relaciones, la educación, o la familia lo inducen hacia la violencia.

Los estudiosos del comportamiento, que defienden la violencia como un asunto natural se apoyan en la teoría de la supervivencia y la evolución, en donde el hombre utiliza su imaginación, creatividad y talento para someter y controlar a la naturaleza y a otros habitantes en beneficio suyo.

Los investigadores o sociólogos que no están de acuerdo con estas teorías, plantean que una cosa es el uso de la fuerza en pos de la supervivencia y la evolución y otra muy distinta es la aplicación de la crueldad a sangre fría, de la furia, del odio y de la maldad por puro placer o de la violencia por la violencia misma, sin ningún tipo de justificación o pretexto.

Si la violencia hacia los desconocidos difícilmente se puede entender menos aún se comprende la violencia entre los miembros de una misma familia. Para estos autores la violencia humana tiene su origen en aspectos culturales, o más concretamente: “tiene sus raíces en los conocimientos, tradiciones, usos y costumbres de los pueblos, quizá desde hace miles de años” (CONAPO, 2015).

Si efectivamente la violencia tiene su componente hereditario o genético y que se manifiesta como instinto de supervivencia, también habremos de reconocer su componente cultural. Las conductas violentas o sus distintas manifestaciones se aprenden, y muchas de ellas, en el seno de la familia.

Si al encuentro con la violencia desde temprana edad le agregamos la influencia de los medios masivos de comunicación y del cine y los videos que promueven constantemente modelos de personas violentas, entenderemos las razones por las cuales la violencia ha llegado a ser parte de la vida cotidiana de muchas personas.

Los factores económicos en la generación de la violencia no son menos importantes. Como se sabe, desde hace varias décadas que vivimos una crisis económica en nuestro país, con ella se ha incrementado de manera importante el desempleo y se ha disminuido el poder adquisitivo de muchas familias.

El estrés por la falta de recursos económicos, el abuso del alcohol y la drogadicción, asociados comúnmente con la pobreza, pudieran estar también relacionados con la violencia en la población joven y adulta de México (CONAPO, 2015).

De acuerdo a la relación entre la perspectiva de género y la violencia, Corsi (1994) explica que la visión masculinizada de la vida y la invisibilización de la figura femenina ha mantenido en condiciones de desventaja social a las mujeres, y las coloca en situaciones de alta vulnerabilidad como puede ser el caso de la violencia. Al respecto, la OMS (2002) explica que en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres y rigidez en los roles de los géneros, las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja. Estos factores pueden determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos. Y ni siquiera cuando lo hace queda garantizada su seguridad, ya que la violencia puede a veces continuar, e incluso agravarse, después de que una mujer ha abandonado a su pareja. Este tipo de situación se observa en todos los países.

La violencia, independientemente de quien la genere o la reciba, es un acto de poder y control mediante la fuerza que ejerce una persona sobre otra. Dependiendo del ámbito donde esta se desarrolla se le han dado diversos nombres como violencia conyugal referida a las situaciones de abuso que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente, entre los miembros de la pareja conyugal, o violencia familiar, definida como “aquel acto de poder u omisión intencional, recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia

dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo haya tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño físico, psicoemocional, o sexual” (Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, 1996).

Corsi, Dohmen, y Sotés, (1995) nos dicen que en diferentes partes del mundo, estudios e investigaciones han mostrado en sus resultados que las mujeres con gran frecuencia son las receptoras de la violencia conyugal y familiar, mientras los hombres en ambos casos perfilan una tendencia a ser los generadores de dicha violencia. Los casos de hombres receptores de violencia, aunque existen, constituyen una proporción menor comparada con las mujeres. Esta es una de las razones por las cuales se ha creado el término violencia de género o violencia contra la mujer.

En la Conferencia Mundial de la Organización de las Naciones Unidas (1993), en la cual se abordaron los Derechos Humanos, se definió como violencia de género a la violencia que pone en peligro los derechos fundamentales, la libertad individual y la integridad física de las mujeres. Al abundar en el concepto, menciona que es cualquier acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como consecuencia daño físico, sexual, psicológico o sufrimiento para la mujer, que incluye la amenaza de tales actos, y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurre en público como en privado.

La violencia de género abarca la violencia física, psicológica, emocional y sexual que tenga lugar en la pareja o en la familia, dentro de la comunidad, el trabajo, o la escuela, así como la perpetrada o permitida por el estado.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2013) en el artículo 6, refiere que los tipos de violencia contra las mujeres son:

**La violencia psicológica:** Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las

cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

**La violencia física:** Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

**La violencia patrimonial:** Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

**Violencia económica:** Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

**La violencia sexual:** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Cualesquiera otras **formas análogas** que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

En el capítulo IV de la **violencia institucional** en el artículo 18 la LGAMVLV manifiesta que la Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (2015) los tipos de violencia familiar los caracteriza de la siguiente manera:

**Violencia emocional o psicológica**, es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción.

Con estas conductas el agresor pretende controlar al otro provocándole sentimientos de devaluación, inseguridad, minusvalía, dependencia, y baja autoestima. Esta forma de violencia es más difícil de detectar que la violencia física pero puede llegar a ser muy perjudicial porque además de que es progresiva, en ocasiones logra causar daños irreversibles en la personalidad del agredido.

**Violencia física**, implica el uso de la fuerza para dañar al otro con todo tipo de acciones como empujones, jalones, pellizcos, rasguños, golpes, bofetadas, patadas y aislamiento. El agresor puede utilizar su propio cuerpo o utilizar algún otro objeto, arma o sustancia para lograr sus propósitos.

Esta forma de maltrato ocurre con menor frecuencia que la violencia psicológica pero es mucho más visible y notoria. El agresor, de manera intencional y recurrente busca controlar, sujetar, inmovilizar y causar daño en la integridad física de la persona.

**Violencia sexual, o abuso sexual**, se refiere en primera instancia a la violación, pero también incluye la burla, la humillación o el abandono afectivo hacia la sexualidad y las necesidades del otro. Además, está la celotipia y todo tipo de acciones, chantajes, manipulaciones o amenazas para lograr actos o prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor.

Las relaciones sexuales frente a terceros y la utilización de objetos sexuales sin el consentimiento de la persona también se consideran formas de abuso sexual, que al igual que las demás, buscan el control, la manipulación y el dominio del otro.

**Violencia económica o patrimonial**, como una forma de amedrentar, someter o de imponer la voluntad en el otro se usan los recursos económicos o los bienes personales.

Si el agresor es el jefe del hogar o el responsable del mantenimiento de la familia, le exigirá a la pareja todo tipo de explicaciones para “darle dinero”, o bien le dará menos

cantidad de la que se necesita. Puede suceder también, que aunque la familia necesite los recursos, le impedirá a su pareja que trabaje para que no tenga la posibilidad de tener autonomía económica y él continuar con el control sobre la familia.

Otra forma de violencia económica es cuando el agresor destruye los bienes personales del otro o dispone de los recursos económicos propios y de la persona que está siendo violentada, sólo para su propio beneficio (alcohol, amigos, etc.).

Es importante resaltar que “desde el ámbito de la psicología, y en un pasado no muy lejano, se ha postulado que ciertas características personales de las víctimas de violencia doméstica podrían ser la causa del maltrato. Por ejemplo, algunas corrientes han recurrido a características de masoquismo o a procesos como la histeria o el trastorno de personalidad dependiente para explicar por qué algunas mujeres permanecen o regresan a una relación de abusos” (Plazasola y Ruiz 2004 p.463).

Villavicencio (1999) refiere que durante mucho tiempo se ha intentado culpabilizar a la víctima de su situación de maltrato, lo que ha favorecido lo que se conoce como «doble victimización de la mujer», que supone convertirla en víctima no sólo de una terrible situación de violencia, sino también de toda una serie de acusaciones que la responsabilizan de esa situación. En la actualidad, sin embargo, estas teorías son ampliamente cuestionadas y, además, existe suficiente evidencia que demuestra que el maltrato contra la mujer en la pareja puede ocasionar una serie de trastornos y problemas de carácter psicológico que no deben pasarse por alto.

“Los procesos de salud psíquica estudiados abarcan desde el consumo de determinadas sustancias y baja autoestima hasta trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno por estrés postraumático. Indiscutiblemente, los 3 últimos son los 3 procesos psiquiátricos más amplia y sistemáticamente considerados en la literatura” (Plazaola y Ruiz, 2004 p. 463).



## **Implicaciones sociales**

“La violencia familiar es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en una relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. La violencia dentro de los hogares es un problema de magnitud mundial que afecta a todas las culturas, clases sociales, grupos étnicos y niveles de educación, afligiendo de manera particular a la mujer” (Organización Mundial de la Salud, 2005).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2005), la violencia dirigida hacia las mujeres, en términos físicos, psicológicos y sexuales, fue considerada hasta hace poco tiempo como un problema menor. Sin embargo, en la actualidad ésta se reconoce como una problemática grave, por lo que las políticas públicas mundiales encaminan sus esfuerzos para combatirla. Las secuelas perdurables del abuso hacia la mujer se reflejan en una gran variedad de enfermedades, tanto físicas como mentales, razón por la cual se ha resaltado la necesidad de que las situaciones de violencia sean identificadas por el personal médico, para brindar un apoyo adecuado a las víctimas.

La Organización de las Naciones Unidas (2009), informa que los costos de la violencia contra la mujer son sumamente altos. De manera directa comprenden los servicios para el tratamiento y apoyo a las mujeres maltratadas y sus hijos y para enjuiciar a los ofensores, e indirectamente están relacionados con la pérdida de empleo y productividad y lo que representan en dolor y sufrimiento humano.

El costo de la violencia doméstica entre parejas solamente en los Estados Unidos sobrepasa los 5,800 millones de dólares al año: de ellos, 4,100 millones de dólares en servicios directos médicos y de atención médica, en tanto que la pérdida de la productividad representa cerca de 1,800 millones de dólares.

— Un estudio de 2004 en el Reino Unido estimó el total de los costos directos e indirectos de la violencia doméstica, incluidos el dolor y el sufrimiento, en 23,000

millones de libras esterlinas al año o 440 libras por persona. Por otro lado, la mayoría de las políticas que atañen a la salud no son sensibles al género, no toman en cuenta las diferencias de mujeres y varones en cuanto a la morbilidad y a la discapacidad derivada de ésta. El campo de la salud mental no es ajeno a esta realidad y existen vacíos en cuanto al tratamiento de la equidad de género en las situaciones de salud mental ONU, 2009.

Gómez, (2002) en relación con el tema de la equidad de género en la esfera de la salud y su correlato con el tema que nos ocupa, plantea que “las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres”. En el caso de la salud mental, esta necesidad se expresa en:

- Una mayor demanda de los servicios de salud mental (por depresión, síntomas psicósomáticos, autoestima baja, trastornos de sueño, ansiedad y cefaleas).
- Mayor cronificación de las mismas en los servicios de salud por una alta medicalización de la vida cotidiana.
- Mayores índices de consumo de psicofármacos, antidepresivos e hipnóticos (adicciones a drogas lícitas, benzodiazepinas y otros fármacos).
- Mayores índices de automedicación.

Esto debido a que “la violencia familiar constituye un serio problema de salud pública, pudiendo resultar en un importante factor de riesgo para la depresión, la cual ocupa el primer lugar dentro de las causas generadoras de discapacidad en el mundo” (Manzano y Arankowsky, 2008 p. 128).

En cuanto al uso de sustancias, se ha planteado como estrategia de afrontamiento ante situaciones difíciles y estresantes, como es el caso del maltrato contra la mujer en la pareja. Plazaola y Ruiz (2004), encontraron que las mujeres que habían sufrido maltratos de carácter físico y sexual referían consumir más alcohol, drogas y tabaco que las no maltratadas. Estas asociaciones no se hallaron en el caso de la violencia psicológica. Esta diferencia podría quizá deberse a un sesgo cultural y social importante por parte de algunas mujeres, que podría llevarlas quizá a normalizar el maltrato psicológico y a no vivirlo de forma tan traumática como el físico y/o sexual.

Merece también la pena mencionar que algunos estudios han analizado de forma independiente la autoestima como indicador de salud psíquica en mujeres maltratadas. En ellos se evidencia que las que han sufrido violencia doméstica tienen una probabilidad 3 veces mayor de referir una baja autoestima que las que no han padecido maltratos (Plazaola y Ruiz, 2004). Finalmente, algunos autores han señalado que muchos síntomas físicos referidos por mujeres maltratadas son similares a los síntomas de la depresión y la ansiedad (Plazaola y Ruiz, 2004). Por ello, en la bibliografía también se ha descrito frecuentemente la somatización como una de las consecuencias sobre la salud de la violencia doméstica, entendida aquélla como la manifestación física del estrés generado por la situación de maltrato (Plazaola y Ruiz, 2004).

## **Familia**

La familia es especialmente importante porque a través de ella se adquieren los primeros esquemas y modelos en torno a los cuales se estructuran las relaciones sociales y se desarrollan las expectativas básicas sobre lo que se puede esperar de uno mismo y de los demás, esquemas que tienen una gran influencia en el resto de las relaciones que se establecen (Yubero, Larrañaga et al. 1996).

Yubero, Larrañaga et al. (1996) explican que la mayoría de los niños y adolescentes han encontrado en el contexto familiar que les rodea condiciones que les han permitido desarrollar una visión positiva de sí mismos y de los demás, necesaria para: aproximarse al mundo con confianza, afrontar las dificultades de forma positiva y con eficacia, obtener la ayuda de los demás o proporcionársela; condiciones que les protegen de la violencia. En determinadas situaciones, sin embargo, especialmente cuando los niños están expuestos a la violencia, pueden aprender a ver el mundo como si solo existieran dos papeles: agresor y agredido, percepción que puede llevarles a legitimar la violencia al considerarla como la única alternativa a la victimización. Esta forma de percibir la realidad suele deteriorar la mayor parte de las relaciones que se establecen, reproduciendo en ellas la violencia sufrida en la infancia.

Los estudios sobre las características de los adultos que viven en familias en las que se produce la violencia reflejan que con frecuencia su propia familia de origen también fue violenta. Existe suficiente evidencia que permite considerar a las experiencias infantiles de maltrato como una condición de riesgo, que aumenta la probabilidad de problemas en las relaciones posteriores, incluyendo en este sentido las que se establecen con los propios hijos y con la pareja. Conviene dejar muy claro, sin embargo, que la transmisión del maltrato no es algo inevitable. La mayoría de las personas que fueron maltratadas en su infancia (alrededor del 67 por ciento) no reproducen dicho problema con sus hijos. Y el maltrato en la vida adulta se produce también en personas que no fueron maltratadas en su infancia (Yubero, Larrañaga et al., 2001).

Estudios recientes han reflejado que los hijos que presencian la violencia matrimonial presentan mayor riesgo de sufrir una amplia gama de problemas emocionales y de conducta, entre ellos ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, poca autoestima, desobediencia, pesadillas y quejas sobre la salud física. En efecto, estudios realizados en los Estados Unidos y Canadá indican que los hijos que presentan episodios violentos entre sus padres presentan con frecuencia los mismos trastornos conductuales y psicológicos de los niños que son maltratados directamente (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Datos recientes indican que la violencia también puede afectar directa e indirectamente a la mortalidad de la niñez. (OPS, 2003). Un grupo de investigadores de León Nicaragua encontró que, después de controlar otros actores de confusión posibles, los hijos de mujeres que habían sido maltratadas física y sexualmente por su pareja presentaban seis veces más probabilidades de morir antes de los cinco años de edad que los hijos de mujeres que no habían sido maltratadas. El maltrato infligido por la pareja representó hasta un tercio de las muertes entre los niños de esa región (OPS, 2003).

En otro estudio que se hizo en los estados indios de Tamil Nadu y Uttar Pradesh, se encontró que las mujeres que habían sido golpeadas mostraban una tendencia significativamente mayor que las mujeres no maltratadas a haber presentado mortalidad infantil o pérdida del embarazo (aborto provocado, aborto espontáneo o mortinato), aún después de controlar factores predictivos bien establecidos de mortalidad en la niñez, como

la edad de la mujer, el nivel educativo, y el número de embarazos anteriores que acabaron en un nacido vivo (OPS, 2003).

## **Trabajo**

El trabajo es una de las formas más importantes de relacionarnos, sin embargo, este no siempre se realiza en condiciones de equidad, seguridad y dignidad humana. Una de las formas de violencia laboral que se distingue es la llamada discriminación. Dicha situación considera aquellos eventos en que las mujeres reciben un salario o prestaciones menores en comparación con los hombres al desarrollar el mismo trabajo o puesto, así como también tener menores oportunidades para ascender que ellos.

La discriminación también se manifiesta en aquellas mujeres que debido a su edad o estado civil les bajan el salario, las despiden o simplemente no las contratan. Una clara expresión de la discriminación a la que están sujetas en algunos casos, es la prueba de embarazo, ya sea para entrar a trabajar o para continuar laborando.

A fines del año 2011, el INEGI en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres, llevo a cabo el levantamiento de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH-2011). De acuerdo con datos de esta encuesta, 14 de cada 100 mujeres que trabajaron asalariadas y no asalariadas enfrentaron actos de discriminación laboral. De ellas 62 de cada 100 fueron víctimas de tal condición al indicar haber tenido menos oportunidades de ascender que un hombre, mientras que a 54 de cada cien les pagaron menos que a hombres que desarrollan el mismo trabajo o que tienen el mismo puesto.

El INEGI (2013) indica que el ámbito laboral se ubica como el tercer espacio donde con mayor frecuencia son violentadas las mujeres, 18.5 por ciento del total de mujeres asalariadas que trabajaron en los 12 meses previos a la encuesta, enfrentaron actos de discriminación laboral, tales como: despido, no recontractación por su edad o estado civil, menor salario, menores prestaciones, entre otros.

## **Escuela**

Los espacios escolares son lugares donde se generan, recrean y reproducen relaciones sociales, no son simplemente contenedores de la actividad educativa. También tienen una dimensión simbólica en tanto configuran el ámbito para el despliegue de la imaginación, la creatividad, la relación, el reconocimiento, la tensión e, incluso, el conflicto entre grupos y personas.

De la misma forma en que los padres o tutores transmiten durante la infancia los valores, las normas y las costumbres de la familia, también enseñan a vincularnos afectivamente con los demás.

Si en nuestra familia hubo o hay violencia en cualquiera de sus modalidades, lo más probable es que esta situación nos haya afectado o nos afecte de alguna manera. Los estudiosos sobre el tema han descubierto, por ejemplo, que las personas que son agresivas o violentas vienen de familias altamente conflictivas o bien, que durante su infancia sufrieron rechazo o ausencia de amor por parte de sus padres. Se señala también que los niños tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia si en el hogar ocurre violencia conyugal, y que tanto esposos violentos como esposas abusadas son significativamente más propensos a abusar de sus hijos (CONAPO, 2015).

Así es como los desórdenes y la disfunción en la familia se convierte en la semilla de nuevas y más formas de conductas violentas. Y lo más grave de todo, es que éstas se viven con gran naturalidad, ya sea como víctima o como agresor, dando origen a fenómenos como el acoso o violencia escolar habitualmente conocido como bullying, y más adelante, cuando las niñas y los niños violentados sean jóvenes y después adultos probablemente tendrán relaciones interpersonales conflictivas y violentas, tal y como lo aprendieron en casa.

La SEP (2009) menciona que el bullying es un fenómeno de violencia interpersonal injustificada que ejerce una persona o grupo contra sus semejantes y que tiene efectos de victimización en la persona que lo recibe. Se trata, estructuralmente, de un abuso de poder entre pares. Puede expresarse en diferentes tipos de maltrato físico y/o psicológico, pero de manera deliberada y continua, y con el objetivo de someter o asustar a una persona. Los

malos tratos, bromas pesadas o peleas entre niños y niñas en edad escolar no son un fenómeno reciente ni se pueden calificar de bullying en caso de constituir incidentes aislados. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que el fenómeno del acoso escolar ha venido creciendo en diversas latitudes y México se encuentra en esa situación.

El conocimiento sobre este fenómeno y sus manifestaciones contribuye en gran medida a desarrollar estrategias que permitan su detección oportuna, así como su prevención.

Algunas de las características específicas del bullying son las siguientes:

- Las conductas de acoso se producen repetidamente en el tiempo, y siempre dirigidas a las mismas personas.
- Las personas que ejercen esta violencia física y/o verbal lo hacen con la intención clara de molestar y humillar, y generalmente sin que haya provocación previa por parte de la víctima.

“Es frecuente que las personas agresoras se consideren más fuertes, más listas o en definitiva, mejores que su compañero o compañera agredida” (SEP, 2009).

Los actos de violencia escolar incluyen mucho más que la violencia dentro de los espacios educativos, también comprenden actos vinculados con la violencia de género. En este sentido, investigaciones realizadas por la SEP, han encontrado que en la escuela se están reproduciendo prácticas agresivas de los niños hacia las niñas, pero también hacia otros niños, en el marco de un estereotipo sobre la masculinidad que supone que las formas violentas son uno de sus componentes constitutivos. Estos estudios también muestran que son niños los principales sujetos y objetos de agresión física, lo que denota la persistencia de prácticas violentas que socialmente se asocian a la masculinidad tradicional.

Las ideas tradicionales de los roles de género se han modificado entre las nuevas generaciones, particularmente entre las mujeres; no obstante, falta mucho para lograr una cultura de equidad, muestra de ello es que más de la mitad de los niños y de las niñas de sexto de primaria están de acuerdo con que la mujer debe dedicarse a trabajos propios de su sexo como el hogar y la crianza, mientras que el 80 por ciento de los niños de sexto de

primaria y de secundaria están de acuerdo en que ellos deben prepararse para mantener su hogar, es decir, ser los proveedores (SEP, 2009).

En estos estudios también se encontró que son los alumnos varones quienes reciben amonestaciones más severas por el hecho de ser del sexo masculino tanto por parte de maestros como de maestras y que existe una empatía entre sexos, donde se destaca que las maestras se muestran más condescendientes y suaves con las alumnas que con los alumnos.

Las investigaciones que ha realizado la SEP, revelan diversas formas de violencia y discriminación de género que se desarrollan en el ámbito escolar, como es el caso del bullying. En muchos casos, los niños o las niñas son víctimas de bullying porque no responden al estereotipo que se espera de ellos ni de ellas. Las burlas por la apariencia física son más frecuentes de los niños a las niñas y los niños son más señalados como los sujetos que insultan o humillan.

Las formas de violencia de género que ocurren en las escuelas no son ajenas a aquellas que ocurren en otros espacios públicos. Los estudios llevados a cabo por la SEP reportan con relativa frecuencia que existen agresiones sexuales entre los niños, mientras que las niñas manifestaron prácticas de tocamientos no deseados por parte de sus compañeros.

Las diferencias religiosas, la orientación sexual del alumnado y las diferencias económicas son las causas más comunes de discriminación. En las primarias indígenas, la discriminación por orientación sexual, por discapacidad o por diferencias religiosas es más frecuente, mientras que en las primarias generales los motivos de la discriminación suelen ser las diferencias de clases sociales.

La SEP observa que la concepción de la sexualidad que mostraron las niñas y los niños tiene una clara correspondencia con el rol reproductivo que socialmente se le ha asignado a la mujer. La mitad del alumnado de sexto de primaria y de secundaria está de acuerdo con que las mujeres no deben tener relaciones sexuales antes del matrimonio y existe la idea de que es responsabilidad de las mujeres evitar el embarazo.



El hallazgo anterior está íntimamente relacionado con el trato que los docentes dan al tema de la sexualidad y la reproducción pues, a pesar de que manifestaron que éste es un tema que se trata con naturalidad, las investigaciones muestran que hay quienes separan a los niños de las niñas para comentarlo.

Por otro lado, las expectativas profesionales de las niñas están vinculadas a profesiones tradicionalmente asignadas a las mujeres como dedicarse a la enseñanza, al cuidado de la salud, mientras los niños aspiran a ser bomberos, policías, ingenieros o arquitectos.

Igualmente, el factor económico es un elemento que determina las expectativas del alumnado de cara al futuro, también es importante el apoyo de los padres; sin embargo, las responsabilidades familiares tales como casarse o tener hijos son elementos más determinantes para las mujeres que para los hombres.

“El análisis de la información obtenida sobre violencia de género en el ámbito escolar permitió llegar a la conclusión de que persisten en la comunidad escolar (estudiantes, personal docente y cuerpo directivo) concepciones tradicionales de género que se expresan en comportamientos, percepciones y actitudes respecto a la ocupación del espacio y, en consecuencia, también en la segregación espacial. Así, en las escuelas se produce una suerte de “extensión” del binomio público/privado que se expresa en el hecho de que los niños ocupen las canchas (espacio público) y las niñas permanezcan en los salones o pasillos durante los recreos” (SEP, 2009 p. 132).

Asimismo la SEP (2009) señala que en estudios realizados durante los años noventa en Estados Unidos, se encontró que era mucho más frecuente que los niños se involucraran en bullying, ya sea como agresores o como víctimas, en comparación con las niñas. Esta tendencia a pensar que la violencia escolar es más frecuente en varones ha ocasionado que los estudios sobre violencia se concentraran más en ellos. Sin embargo es importante no escatimar que las mujeres también son responsables de agresiones, sólo que lo hacen de modo menos abierto, como efecto de la diferente manera en que son socializadas.

## **Interacción asistencial psicológica por teléfono**

Slaikieu (1996) explica que el origen de la intervención en crisis moderna se remonta a los trabajos de Eric Lindermann, del Massachusetts General Hospital. Linderman desempeñó un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes de quienes perdieron un ser querido en el desastre del centro nocturno Coconut Grove en Boston ocurrido el 28 de noviembre de 1942. La piedra angular para teorizaciones subsecuentes fueron los síntomas psicológicos de los sobrevivientes en el proceso de duelo del catastrófico evento en Boston. “Lindermann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel importante en la ayuda a la gente desolada durante el proceso de duelo, de modo que venciera dificultades psicológicas posteriores. Este concepto fue explotado ampliamente con el establecimiento del Wellesley Human Relations Service de Boston en 1948, uno de los primeros centros comunitarios de salud mental de notable interés en la terapia breve en el contexto de la psiquiatría preventiva” (Slaikieu, 1996 p. 6).

“Partiendo de los principios dados por Lindermann, Gerald Caplan, también asociado con el Massachusetts General Hospital y Harvard School of Public Health, formuló el significado de crisis en la vida en adultos psicopatológicos a partir de la estructura de la psicología del desarrollo de Ericsson (1963), en la que el ser humano fue provisto para entender el crecimiento o desarrollo a través de una serie de ocho etapas claves. El interés de Caplan fue en cómo la gente vencía las diversas transiciones desde una etapa a otra. Pronto llegó a identificar la importancia de los recursos personales y sociales al determinar si el desarrollo de las crisis, inducidas o repentinas, resultaría en mejoramiento o empeoramiento” (Slaikieu, 1996 p. 16).

McGee (1974), en Slaikieu (1996) refiere que a principios de los años de 1960 en E.U.A., el movimiento de prevención para suicidas creció con rapidez, apoyados en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Vinculando la mentalidad activista social de los mismos años, los centros confiaron mucho en los esfuerzos de no profesionales y voluntarios paraprofesionales y en sus programas de orientación por teléfono. Si bien los centros inicialmente se dedicaban a prevenir suicidios la mayor parte cambiaron a un enfoque de intervención dirigido a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis. La

idea fue una asesoría de apoyo disponible por teléfono a cualquier hora, día o noche. Este enfoque fue ampliamente desarrollado para incluir una función más amplia donde los trabajadores pudieran, cuando fuera necesario, viajar a hogares, estaciones de autobuses, campos de recreo y sitios similares y proporcionar la intervención en el lugar.

Al igual que el crecimiento de los centros de prevención para el suicidio, lo fue el de los centros de urgencia formal en los movimientos comunitarios de salud mental en Estados Unidos. La intervención en crisis y servicios de urgencias 24 horas, comenzaron a considerarse como parte integral de cualquier sistema comunitario de salud mental completo, dando lugar al desarrollo de técnicas adecuadas para la intervención en crisis por teléfono.

“Como los programas de intervención en crisis se desarrollaron en los años de 1960 y 1970, en los siguientes años comenzó a surgir la literatura sobre intervención. En revistas de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, se publicaron numerosos informes de caso sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis. En estas publicaciones se divulgaron específicamente temas sobre crisis, entre las cuales destacan; Crisis Intervention y Journal of Life y Threatening Behavior, así como numerosos libros con instrucciones prácticas sobre qué hacer en la intervención en crisis” (Slaikeu, 1996 p.8).

Actualmente, la intervención en crisis se ha visto pródigamente perfeccionada, dando lugar al uso en un corto plazo de habilidades y estrategias específicas para ayudar a las personas que sufren algún tipo de crisis a superar la confusión que provocan las situaciones o sucesos de emergencia.

Okun (2001) explica que la intervención en crisis se caracteriza por ser activa, directiva y breve, y tiene lugar poco tiempo o inmediatamente después de la manifestación de la crisis. Abarca una serie de técnicas que pueden ir desde facilitar apoyo inmediato hasta disponer una terapia o un tratamiento intensivo. Sin embargo requiere el mismo tipo de habilidades de comunicación para establecer una relación y para definir y entender el problema y puede recurrir a muchas de las estrategias de resolución de problemas del modelo de terapia de las relaciones personales.

Slaikeu (1996) nos dice que la teoría sobre crisis de Lindermann y Caplan, sostiene que las personas que sufren crisis pueden escoger formas adaptativas o inadaptativas de enfrentarse a los problemas y que la manera que tienen de hacerles frente afecta a su posterior adaptación y a su capacidad para superar lo sucedido. Expone que es posible ayudar a las personas a identificar, entender y dominar las tareas psicológicas que plantean las crisis como parte del proceso de duelo.

La teoría de la crisis de estos autores describe cuatro fases de las reacciones a las crisis:

1. Fase inicial en la que la persona experimenta el inicio de la tensión e intenta poner en práctica los métodos de resolución de problemas que ha venido utilizando hasta entonces para recuperar su equilibrio emocional.
2. Fase que se caracteriza por un aumento de la tensión, que provoca disfunciones y fallos en el funcionamiento de la persona tras el fracaso de las estrategias habituales de resolución de problemas; en esta fase, la persona pone en práctica estrategias de ensayo y error para intentar encontrar una solución.
3. Fase que se caracteriza por una tensión aun mayor, que exige la búsqueda de recursos para la resolución de problemas; si la persona tiene éxito en esta fase, podrá definir el problema y resolverlo o resignarse a vivir con él.
4. Esta fase aparece cuando no se ha resuelto el problema en las fases anteriores y puede dar lugar a la aparición de trastornos emocionales y a la desorganización de la personalidad de la persona.

Parad y Parad (1990) (citado en Álvarez, J., 2011) menciona que la intervención en crisis permite un proceso interno que puede influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes 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 y a menudo las personas clave del ambiente social para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés.

En la actualidad, la teoría de la crisis sugiere que los duelos no resueltos provocados por pérdidas anteriores de una persona (de una relación, de seguridad, de las propias capacidades, de un sueño), afectan, independientemente de si están o no relacionados con crisis o acontecimientos traumáticos posteriores (como abuso físico, sexual o emocional), y no sólo al funcionamiento cotidiano posterior, sino también a las reacciones que se presentan en crisis posteriores. Por esto es importante que los terapeutas conozcan las experiencias de pérdida y abuso por las que las personas han pasado a lo largo de su vida para poder planificar las estrategias más adecuadas para ayudarle a mejorar su estilo de afrontamiento.

El principal objetivo a corto plazo de la intervención en crisis es el de proporcionar todo el apoyo y ayuda posibles a los individuos y a sus familias para facilitar la rápida recuperación del equilibrio emocional de la persona.

De acuerdo con Okun (2001), podemos extraer seis componentes fundamentales de la intervención en crisis:

1. La intervención en crisis se centra en objetivos de tratamiento específicos y limitados en el tiempo. La atención se dirige hacia la reducción de la atención y la resolución adaptativa de los problemas. La presencia de límites temporales puede mejorar y mantener la motivación de la víctima para el logro de objetivos específicos.
2. La intervención en crisis implica la identificación y evaluación de la fuente de estrés y del significado que la persona le da, e incluye una reestructuración cognitiva activa y directiva.
3. La intervención en crisis ayuda a las personas a desarrollar mecanismos adaptativos de resolución de problemas para que puedan recuperar el nivel de funcionamiento que tenían antes de que apareciera la crisis.
4. La intervención en crisis se orienta hacia la realidad y se centra en la aclaración de las cogniciones y percepciones, en la confrontación de la negación y las distorsiones

y en la facilitación de apoyo emocional, en lugar de en la inducción en la persona de una falsa tranquilidad.

5. Siempre que es posible, la intervención en crisis recurre a las redes de apoyo social de la persona para obtener su ayuda y su colaboración en la elección e implementación de estrategias eficaces de afrontamiento.
6. La intervención en crisis puede ser el preludio de un tratamiento posterior.

Así también, hay tres formas fundamentales de intervención en crisis: 1) las líneas de atención permanente, los centros de acogida y las clínicas de crisis, a las que las víctimas pueden acudir en persona o llamar las 24 horas del día; 2) la atención externa, en la que los terapeutas se desplazan al lugar donde está la víctima para proporcionarle un apoyo y consuelo inmediatos tan pronto como sean informados de la crisis; y 3) la asistencia en desastres en la que los equipos trabajan con las víctimas de catástrofes importantes.

Okun (2001) dice que las personas que trabajan en las líneas de atención permanente, en los centros de acogida y en las clínicas de atención en crisis, suelen enfrentarse a crisis suicidas, crisis provocadas por el consumo de sustancias, huidas, violaciones, crisis alcohólicas y abortos, por nombrar solo algunos de las situaciones que pueden encontrarse. Por lo que reciben información especializada sobre estos temas. Por ejemplo, un terapeuta en temas de drogodependencia conoce los tipos de drogas más habituales, los efectos que tienen y su duración, y cómo ayudar a un consumidor que tiene un mal viaje. En este tipo de entornos es posible que los terapeutas sólo dispongan de una o dos oportunidades para trabajar con las víctimas. Por ello, deben ser muy hábiles estableciendo relaciones empáticas y facilitando información y alternativas a las víctimas, y hacerlo dentro de un periodo de tiempo muy limitado. Es muy importante el trato que se da a la víctima, ya sea a través del teléfono o personalmente. Por lo que este trato puede obligar a los terapeutas a trabajar fuera de su horario habitual, a mantener el contacto telefónico con la persona, o hacer derivaciones inmediatas. Al igual que es fundamental conectar rápidamente con la persona para tratar sus preocupaciones.

Lester, (1976) sintetiza las características más importantes de la consejería telefónica, citando el aumento del control del paciente relacionado con el contacto telefónico. En la consejería cara a cara, casi siempre el paciente toma un lugar en la sala de

espera, quizá llene fórmulas o pruebas psicológicas que le proporciona la recepcionista, entra al consultorio del terapeuta, se sienta y comienza a hablar; Todo con la orientación o instrucción de otra persona. La extensión del contrato por lo general se establece, y el final se inicia por el terapeuta. En la consejería por teléfono, este poder diferencial es igual dando más al paciente. Este no solo inicia la intervención terapéutica o de ayuda cada vez que lo desea, sino también tiene libertad para terminar en cualquier momento.

Una segunda característica de la consejería telefónica es que mantiene al paciente en el anonimato. Se cree que la posibilidad de la identidad escudada facilita más la autorevelación y disposición por parte de muchos usuarios, así como también los consejeros son anónimos, hecho que facilita la transferencia positiva. Los indicios visuales están ausentes, existe una muy buena oportunidad para que ellos cumplan la fantasía del usuario de que sería el consejero ideal en una situación cara a cara.

Asimismo, la consejería telefónica, es única por su accesibilidad. La mayoría de la gente tiene teléfono o fácil acceso a uno y el costo por su uso es bajo. Por último, se puede disponer de la consejería telefónica en cualquier momento, día o noche, ya que casi todos los servicios están abiertos las 24 horas durante todo el año, lo que significa que la asistencia está disponible con el tiempo de espera mínimo (Slaikeu, 1996).

Algunos escritores como (Bleach y Claiborn, 1974; Delworth, Rudow y Taub, 1972; Haywood y Leuthe, 1980; McCord y Packwood, 1973; McGee, 1974 y Motto, 1979) describen las principales características de las líneas de urgencia como sistema de servicio de rescate. El requisito mínimo para que el servicio telefónico de consejería funcione, es una línea telefónica separada de los negocios, no registrada como línea de urgencia pero básicamente para llamar a los voluntarios, otras instituciones, unidades de rescate, etcétera. Otros aspectos del progreso característico de las operaciones de la consejería telefónica incluyen:

Slaikeu, (1996), propone grabar las llamadas para ayudar en la supervisión e investigación, llevar un registro exacto, que permita tener en cuenta la contabilidad de la institución (número y tipos de llamadas durante cada mes) para facilitar la planeación en los momentos del máximo de llamadas y como ayuda para mejorar los servicios a los usuarios

frecuentes. Crear redes con otras instituciones comunitarias para facilitar la referencia de los usuarios, así como dar seguimiento de los usuarios algunos días después de la llamada al centro.

Al paso de los años, los cambios principales del procedimiento en las operaciones de consejería telefónica han tratado con la educación comunitaria, el desarrollo de programas de entrenamiento especializado para otros trabajadores comunitarios, como la policía y personal de prisión, y el uso extenso y visitas al hogar como complemento de la consejería telefónica como complemento lógico amplio a la operación telefónica.

### **Modelos internacionales**

Las líneas de atención telefónica surgieron en los años 50 asociadas a la prevención del suicidio. A mediados de los años 60 aparecieron las líneas de emergencia y con ellas la diversificación de los servicios telefónicos. En la década siguiente se dio un auge en el desarrollo de nuevos programas de consejería telefónica y en la divulgación del papel que jugaba esta en las situaciones asociadas a crisis emocionales. De manera más reciente, con el crecimiento de la infraestructura telefónica y el mejoramiento de acceso a este medio de comunicación, se ha mantenido y aumentado el uso del teléfono como parte de las estrategias modernas de atención (Locatel, 1998). Como ejemplos, cabe citar que en Canadá, en 1997, El “National Canadian and Alberta Crisis and Sexual Assault Centres” tenía registradas 859 líneas telefónicas dirigidas a diferentes grupos de población como las niñas, los niños y las mujeres, mediante las cuales proporcionaba apoyos en casos de abuso sexual, violencia hacia las mujeres, crisis emocionales y angustia.

En Estados Unidos, también a finales de los 90, el directorio de medios de información por computadora de la biblioteca Nacional de medicina en lista 380 líneas telefónicas de información sobre salud que ofrecen servicios gratuitos aspectos como el sida, la salud materno infantil, la vejez, la seguridad, el bienestar y la salud mental. Existen múltiples ejemplos a escala internacional referidos a la atención telefónica en diversos aspectos, para poblaciones diferentes y sobre múltiples temas, dentro de los cuales están los dirigidos a las mujeres y cuya materia de atención es la violencia. Sólo como una muestra,



resulta notable la existencia en Inglaterra de la instancia “Domestic Violence Intervention Project” (DVIP) que cuenta entre sus estrategias de atención con un servicio vía telefónica para las mujeres (Women's Support Service). Este proporciona apoyo telefónico conjuntamente con apoyo individual y en grupo, así como información para mujeres que han vivido violencia doméstica, a fin de ayudar a ellas y a sus hijos a resguardarse y a tener el control sobre sus vidas, proporcionando información sobre estrategias para garantizar la seguridad personal y familiar, así como acerca de la ubicación de refugios, derechos legales y alternativas de vivienda. Donde es posible, se remite a las mujeres a instituciones locales para que reciban el apoyo de especialistas.

En Estados Unidos el servicio “National Domestic Violence Hotline”, también es un ejemplo representativo del aprovechamiento del teléfono para captar los casos de violencia, apoyar a quienes viven las agresiones y contribuir, evidenciar y atender este problema que aqueja en gran proporción a las mujeres (García, 2002).

En los años 60 en Ginebra se inició la “International Federation Of Telephone Emergency Services” como una organización oficial regida por estatutos y normas internacionales. En esta federación los fundadores permiten que cada país miembro tenga su propia forma de trabajar, pero impide toda tendencia en influir en la persona que llama. Los países representados en IFOTES (Federation Of Telephone Emergency Services) en su creación en 1967 fueron Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, la República Federal de Alemania, Gran Bretaña, Noruega, Suecia y Suiza. A lo largo de las décadas otros países se han unido y algunos otros se han retirado (IFOTES, 2015).

Las normas y estatutos internacionales que siguen las líneas aliadas a IFOTES deben ser las siguientes:

- Los Servicios Telefónicos de Emergencia están disponibles, en cualquier momento, a cualquier persona que desee entrar en contacto, independientemente de su edad, sexo, religión o nacionalidad.
- Cualquier persona que llama tiene el derecho a ser escuchado respetando sus creencias, convicciones y opciones personales.

- La escucha se ofrece en una actitud acogedora y abierta y la regla de oro del oyente es nunca de imponer obligación alguna a la persona que llama.
- El contenido de una llamada es altamente confidencial dentro de las dependencias, especialmente con respecto a cualquier información relativa a la vida privada.
- Durante una conversación telefónica, el oyente debe ser estrictamente anónimo y la persona que llama tiene el derecho de permanecer en el anonimato.
- Las dependencias trabajan de manera voluntaria, después de haber sido seleccionadas, capacitadas y supervisadas con el fin de mejorar constantemente su competencia de escuchas.
- Los servicios telefónicos de emergencia son totalmente gratuitos para el llamante.

Otras líneas de ayuda de las principales ciudades de Europa:

- 1956 - Telefonseelsorge en Berlín
- 1957 - Muere Dargebotene Mano en Zurich
- 1958 - Telefonische Hulpdienst en Rotterdam
- 1958 - Kirkens Nattjeneste en Oslo
- 1959 - Tele- Accueil en Bruselas
- 1960 - SOS Amitié en París
- 1963 - Telefono Amico en Florencia (IFOTES, 2015).

### **Modelos nacionales**

De acuerdo con Viveros (1996) el antecedente más remoto de servicios telefónicos y ayuda emocional en la ciudad de México se refiere al “Centro de Prevención del Suicidio” del Hospital de Emergencias de Coyoacán, que funcionó casi cinco años a partir de 1967. En este centro se brindaba ayuda médica y psicológica a través del teléfono y en consulta.

La característica de este servicio es el haber sido gratuito y no obstante su pobre difusión en poco tiempo demostró su utilidad basándose en el creciente número de personas

que solicitaron ayuda. Sin embargo, el servicio no funcionaba las 24 horas del día y al cambiar las autoridades del hospital fue considerado obsoleto.

García (2002) también nos dice que durante los años 70 surge el primer servicio de ayuda telefónica auspiciado por el doctor Gallardo y su esposa como “Asociación Mexicana de Auxilio al Desamparado” (AMAD).

En la década de los 80 surgen lugares en donde se da a través del servicio telefónico orientación a neuróticos, alcohólicos y drogadictos a la vez que tratan de integrarlos a grupos de apoyo y orientación para brindarle psicoterapia. Entre ellos se encuentran los Centros Integración Juvenil a través del “Sistema de Orientación e Información” (SOI), Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos 24 horas, Jóvenes Alcohólicos 24 horas y CONASIDA.

El SOI, fue fundado en 1978 por los Centros Integración Juvenil con la finalidad de brindar atención de emergencia a las personas con problemas de uso y abuso de sustancias tóxicas, así como a sus familiares, ya que según el diagnóstico de la institución este era uno de los problemas con mayores consecuencias y repercusiones en la salud física, mental y social de los individuos, su familia y de la sociedad en general.

La diversidad de la demanda de las personas usuarias, así como los motivos asociados a las situaciones del uso y abuso de las sustancias tóxicas, en opinión de García, llevó al SOI a atender llamadas de relaciones familiares y conflictos emocionales, al igual que situaciones de soledad en los niños. Cabe destacar que en un principio, la atención telefónica era proporcionada por trabajadores sociales, pero debido a la complejidad de algunas llamadas, realizadas sobre todo en el horario nocturno, puso de manifiesto la necesidad de contar con el apoyo de personal de psicología.

Dentro del apoyo psicológico orientado a la prevención e intervención en materia de violencia de género, la primera línea de emergencia que dio atención directa a mujeres en casos de violencia familiar en Puebla, se creó el 1 de febrero de 1999 bajo el nombre de Tel Mujer. De entonces a la fecha ha dado atención a un sin número de personas, ofreciendo asesoría telefónica confidencial, anónima a mujeres y población en general, en forma inmediata y gratuita (Mejía y Sánchez, 2006).

Tiene como objetivo escuchar, orientar y, de ser necesario, canalizar al público usuario del servicio a los centros de atención especializados en el fenómeno de violencia familiar dentro o fuera del estado. Así como contar con herramientas para dar contención emocional a personas en situación de crisis de manera inmediata y profesional.

La línea cuenta con redes de referencia telefónica que le permiten ser un vínculo entre la población y las instituciones encargadas de prevenir y atender la violencia familiar orientándoles y canalizándoles pronta y eficazmente a los servicios especializados. Por lo que es un centro coadyuvante de la colaboración y participación activa y continua con las instituciones encargadas de atender violencia familiar ya sea gubernamental o de la sociedad civil, de modo tal que se establezca un trabajo en común a favor de la población inmersa en el fenómeno de violencia así como en su combate y erradicación (Mejía y Sánchez, 2006).

Uno de sus objetivos es actuar como un instrumento para la difusión de una cultura con equidad de género así como de los derechos de las mujeres, esforzándose las orientadoras para que en cada una de las llamadas en las cuales se ha detectado un lenguaje machista, sexista, o que se reafirmen los estereotipos tradicionales de hombre y mujer por parte del usuario/a, sean reflexionados y retomados desde otro punto de vista el cual esté libre de prejuicios y maneje esa perspectiva de equidad que invite a efectuar un cambio de actitud y pensamiento.

Cuenta con abogadas y psicólogas especialistas en el tema de violencia familiar. Dando servicio de 8 de la mañana a 12 de la noche, de lunes a sábado, incluyendo días festivos.

El estado de Morelos cuenta con el “Sistema de Orientación a Distancia” de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, cuyo trabajo se centra en la promoción de una cultura del uso de los medios de comunicación en estudiantes, para que dichos medios se perciban como espacios confiables para recibir orientación profesional, inmediata y útil para su vida cotidiana.

Este servicio telefónico pretende optimizar la fluidez de la información de forma clara y precisa, que facilite el acceso a los recursos e instancias más adecuadas para la

resolución de dudas y problemas y por ende también al mejor desarrollo de sus procesos de aprendizaje. Tiene como finalidad propiciar el acercamiento franco de los estudiantes para solicitar orientación, sobre todo en temas difíciles, como lo son, la sexualidad, las adicciones, el SIDA, el abuso de poder, la violencia, etcétera, los cuales, dentro de un clima permisivo, y confidencial, se abordan situaciones de carácter íntimo y personal del usuario, con intención de construir, conjuntamente, alternativas viables y congruentes a la situación real y particular del estudiante (Suárez, Pera, & Segura, s/f). Este sistema de orientación a distancia, representa una de las respuestas de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos a los problemas psicosociales del estado de Morelos, sobre todo para la población joven y adolescente y a toda persona que lo solicite.

De acuerdo con León (1999), El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono SAPTEL surge en México específicamente en el Distrito Federal ante una situación masiva de crisis provocada en la población por los terremotos de 1985. Este hecho fue tan sólo la gestación de un gran proyecto que ha crecido y se sostiene por décadas, donde la calidad ha desarrollado su objetivo inicial de atención en crisis a una serie de objetivos que responde a nuevas necesidades sociales.

SAPTEL en sus inicios fue un esfuerzo de la Cruz Roja Mexicana y de la Federación Mundial de la Salud Mental a fin de favorecer y mejorar la calidad de vida de nuestro país. Richard (1993) (citado en León, 1999) define a SAPTEL como una organización no lucrativa que brinda servicio alternativo de apoyo orientación y canalización psicológica vía telefónica a toda persona que lo solicite, siendo atendido por un equipo profesional de psicólogos que laboran las 24 horas del día de los 365 días del año con el fin de restablecer el equilibrio emocional y favorecer la integración del individuo a su entorno.

La Facultad de Psicología de la UNAM en 2009 creó un programa de formación y extensión educativa en beneficio de la comunidad, para dar respuesta a la sociedad civil en momentos de emergencia y desastres. Como forma de colaboración con la atención proporcionada por las organizaciones gubernamentales y sociales pues muchas veces es limitada o inapropiada, dependiendo de la magnitud y el daño de las situaciones de emergencia que se presentan.

Este programa actualmente nombrado Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Socioorganizativos, está conformado por académicos, egresados y voluntarios de la Facultad de Psicología. El programa desarrolla técnicas de atención psicológica dirigida a víctimas de emergencias y desastres, así como Primeros Auxilios Psicológicos. La labor que se realiza incluye estrategias de contención, detección, seguimiento y en casos particulares, de canalización de personas a instituciones u organizaciones especializadas, que no se encuentran contempladas en el programa. A su vez, brinda atención psicológica, capacita y supervisa en primeros auxilios psicológicos a personal de primer contacto con las víctimas (Álvarez, 2011).

Álvarez, (2011) fundador y coordinador del programa, adscribe que una de las finalidades del modelo de intervención es fortalecer las redes sociales de apoyo y promover la organización de grupos autogestivos en las comunidades afectadas, utilizando para ello diversos modelos de atención psicológica, detectando de manera oportuna síntomas de Estrés Agudo y Postraumático. Así mismo, realizar acciones de tipo comunitario, en el ámbito familiar e individual para favorecer a los afectados en el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos.

Los temas que atienden en el día a día los asesores telefónicos del Call Center de la Facultad de Psicología son bullying, moving, burnout, violencia intrafamiliar, desempeño académico deficiente, deserción escolar, entre otros.

García (2000) señala que la década de los 90 fue prolífica para la atención telefónica. En este periodo se crearon nuevos servicios especializados en temas o en poblaciones entre los cuales destacan TELSIDA de la Secretaría de Salud, PLANIFICATEL, del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Consejo Nacional de Población; ORIENTATEL de la Secretaría de Educación Pública y CIES-MICROLINE de los Laboratorios Shering Ploug.

## **Asesoría psicológica de un servicio de asistencia telefónica en la ciudad de México**

El Servicio Público de Localización Telefónica LOCATEL constituye una de las grandes fortalezas institucionales de la Ciudad de México. Desde hace más de 20 años ha proporcionado servicios que son muy apreciados por la población y se le considera una vía segura de orientación e información para los ciudadanos en situaciones críticas o de contingencia que suceden en la Ciudad.

Sus servicios están incorporados al marco de la política social impulsada por el Gobierno del Distrito Federal cuyos propósitos son promover la equidad, la justicia y la integración social mediante la oferta de servicios pertinentes a las necesidades de la población, así como privilegiar la prevención de conflictos y violencia e incidir en la construcción de la ciudadanía (García, 2002).

En este contexto García subraya que LOCATEL desde sus inicios ha incorporado la perspectiva de equidad en los servicios que brinda y cuenta con líneas de atención telefónica especializadas para grupos prioritarios definidos en la política social, convirtiéndose así en un instrumento importante para la atención y canalización de problemas y necesidades de niñas, niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, víctimas de violencia familiar y adicciones. Los cuales son el reflejo de la creciente demanda de los servicios y es prueba de que no basta enfrentar las necesidades materiales básicas de desarrollo social, es necesario actuar en los campos de la salud mental comunitaria y de desarrollo de capacidades y fortalezas de las personas para enfrentar sus problemáticas, dado que con frecuencia su nivel de destrucción psicoemocional, su baja autoestima y sus condiciones de exclusión, soledad y violencia les impiden incorporarse a oportunidades de educación, capacitación, empleo o ingreso.

Las características de las consultas que plantean los ciudadanos muestran la importancia que tienen para ellos los aspectos de comunicación, convivencia y relación con las personas cercanas; de orientación para enfrentar condiciones de depresión, abandono y problemas de salud; de información sobre temas que no tratan en sus ámbitos familiares o sociales como sexualidad, adicciones, violencia, separaciones o simplemente la necesidad de sentirse acompañados.

“En la década de los ochenta, eran muy pocas las líneas telefónicas que brindaban información a la población del área metropolitana. LOCATEL sin embargo, fundada en 1978, es probablemente de las primeras en hacerlo. Actualmente brinda atención psicológica vía telefónica ayudando al bienestar mental de la población, mejorando los niveles de vida de quienes viven situaciones que ponen en riesgo su integridad emocional. Funciona los 365 días del año las 24 horas. A través de los servicios de Niñotel, De Joven a Joven y Línea Mujer, se ofrece asesoría psicológica a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, y adultos y adultas mayores, quienes reconocen sus potencialidades para rediseñar sus proyectos de vida; fortaleciendo sus habilidades sociales, como la comunicación asertiva, toma de decisiones y autoestima. Se ofrecen alternativas institucionales para la atención presencial y así dar continuidad a la atención telefónica. Ofrecer a la población usuaria asesoría telefónica especializada actualizada y veraz, para enfrentar dudas o conflictos referente a diversas temáticas: Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva, Violencia Familiar, Maltrato Infantil, Pareja, Noviazgo, Adicciones; entre otras. Mediante el grupo de psicólogos y psicólogas que promueven el diálogo con la finalidad de que los usuarios y usuarias fortalezcan sus habilidades para favorecer el diseño de procesos como la toma de decisiones, principalmente ante situaciones que desencadenen crisis emocionales” (García, 2002).

“La interacción telefónica del modelo de intervención de LOCATEL, asume la estrategia de educación no formal, de las cuales se concibe el aprendizaje como un elemento significativo que da herramientas para la vida. Justo en el proceso de interacción telefónica se produce esta posibilidad de propiciar aprendizajes que incidan en el curso de vida de la persona que llama, pero a su vez, también influyen a quien orienta. Este enfoque por lo tanto, parte de la orientación telefónica desde una posición de interacción entre personas con capacidad de acción comunicativa, donde las jerarquías buscan eliminarse para horizontalizar la comunicación y propiciar la reflexión desde las capacidades de quien llama y no desde una visión que dirige y dice qué hacer” (García, 2002).

Los casos, problemas o inquietudes planteadas por las usuarias y los usuarios en el servicio telefónico son vistas como oportunidades para incidir en su aprendizaje, a la vez



que se avanza en su solución o en la generación de alternativas. Desde este punto de vista, esta línea del enfoque de atención se ubica en un marco teórico constructivista. La aplicación de un enfoque constructivista en la operación de una línea telefónica de emergencia supone situarnos en una postura plural que admite la inclusión de diversas visiones del mundo (constructos) para poder realizar transformaciones en las que podemos establecer algunos patrones sistemáticos como sugiere, sin embargo, también es preciso abordar los reductos diferenciales y relacionales que pueden o no ofrecer posibilidades para su inclusión.

García (2002) menciona que como parte del enfoque educativo-preventivo, tiene un lugar importante el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales y/o cognitivo conductuales en las personas como:

- Solución de problemas. Involucra la capacidad para reconocer y definir un problema, valorar sus dimensiones, analizar sus componentes, valorar opciones y anticipar consecuencias.
- Toma de decisiones. Incluye las habilidades para reconocer y generar alternativas de elección ante una situación que plantea disyuntivas, valorar las ventajas y desventajas de cada opción, establecer prioridades y plantear escenarios futuros sobre cada opción.
- Autoestima. Integra el reconocimiento de las capacidades y limitantes propios, los valores, creencias, ideas, sentimientos y necesidades de sí mismas y de los demás, el reconocimiento de sí mismas como personas únicas e irrepetibles.
- Asertividad. Involucra la habilidad de expresar a los otros las ideas, sentimientos y necesidades sin que ello implique detrimento para sí mismas o para los demás.
- Establecimiento de límites. Incluye la habilidad de plantear y negociar condiciones que sirvan de límite a relaciones que afectan la integridad física, psicológica, emocional o económica de las personas.

“Dentro del enfoque de los derechos de los usuarios, en LOCATEL es considerado como el conjunto de principios filosóficos, teóricos y metodológicos que conforman un

marco de referencia a partir del cual se atienden los problemas, dudas o inquietudes de las usuarias relacionadas con el conocimiento, ejercicio y defensa de sus derechos humanos o constitucionales, lo que de manera práctica se traduce en una atención en línea que enfatice” (García, 2002):

- Informar, orientar y asesorar con la intencionalidad de promover los derechos humanos.
- Concebirse a sí mismos y mismas -orientadoras y orientadores- como sujetos mediante los cuales las personas ejercen sus derechos: a ser escuchadas, a participar, a acceder a información verídica y pertinente para su desarrollo. Son instrumentos para que ellas hagan valer su derecho a la información.
- Basar su desempeño- orientadoras y orientadores- en el conocimiento pleno de los de los derechos humanos y constitucionales, reconociendo las particularidades de éstos por grupos prioritarios, así como en su sensibilidad y preparación profesional para comprender las situaciones de las usuarias y usuarios.
- La labor de las orientadoras y orientadores deberá dirigirse siempre a empoderar a las personas para que estas salgan de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran y tendientes a favorecer la equidad social.
- Respetar los procesos y ritmos de apropiación de información de las usuarias y los usuarios.

## **Método**

### **Justificación**

Las consecuencias psicológicas que se suelen expresar ante situaciones de difícil afrontamiento y que denotan que el entorno donde se encuentra la persona que las despliega es perjudicial para su salud mental, pueden ser observadas al indagar el nivel de malestar psicológico que presenta una víctima, en este caso de violencia, al momento de entrevistarla.

En un primer contacto con las usuarias de un servicio de asistencia psicológica vía telefónica, dicho malestar psicológico, puede ser detectado mediante la aplicación de la versión de 15 reactivos del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (Morales, 2008), ya que indica los niveles de

malestar que tiene una persona que manifiesta requerir ayuda para enfrentar una problemática, en el momento de la aplicación de la prueba y de esta manera se pueden conocer los efectos en el aspecto emocional de la violencia en mujeres que la sufren.

### **Pregunta de investigación**

- ¿Cuál es el nivel de malestar Psicológico en Mujeres usuarias de 19 a 69 años de edad que solicitan atención por violencia de un servicio de asistencia telefónica de la ciudad de México?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

- Conocer los niveles de malestar psicológico que se manifiestan en las mujeres que son víctimas de violencia de género.

## **Objetivos específicos**

- Conocer la frecuencia de los diferentes tipos de violencias que viven las mujeres encuestadas.
- Conocer los niveles de malestar psicológico del total de mujeres que viven violencia.
- Conocer los niveles de malestar psicológico conforme los tipos de violencias que sufren las mujeres encuestadas.
- Conocer los niveles de malestar psicológico del total de mujeres que viven violencia psicológica.
- Conocer los niveles de malestar psicológico del total de mujeres que viven violencia física.
- Conocer los niveles de malestar psicológico del total de mujeres que viven violencia sexual.
- Conocer los niveles de malestar psicológico del total de mujeres que viven violencia económica.
- Conocer los niveles de malestar psicológico de acuerdo a la edad de las mujeres afectadas.
- Conocer los niveles de malestar psicológico conforme al nivel educativo de las mujeres que solicitan apoyo psicológico.
- Conocer los niveles de malestar psicológico conforme al estado civil de las mujeres a encuestar.

## **Planteamiento del problema**

Detectar el malestar psicológico en mujeres que viven violencia y que solicitan intervención en crisis.

## **Hipótesis**

Ha. La violencia de género influye en el índice de malestar psicológico que manifiestan las usuarias de 19 a 69 años de edad de un servicio de asistencia telefónica de la ciudad de México.

H0. La violencia de género no influye en el índice de malestar psicológico que manifiestan las usuarias de 19 a 69 años de edad de un servicio de asistencia telefónica de la ciudad de México.

## **Tipo de investigación**

Es un estudio de tipo descriptivo de acuerdo con la clasificación de Dankhe (1986) ya que tiene como propósito conocer el comportamiento de una variable en relación a otras variables.

## **Variables**

### ***VARIABLES Independientes.***

- Malestar Psicológico
- Factores Sociodemográficos

### ***VARIABLES dependientes.***

- Violencia psicológica
- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia económica

## **Definición conceptual de variables**

***Malestar Psicológico:*** el malestar psicológico es un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso que no

puede agruparse en un padecimiento sintomático porque no reúne los criterios propuestos. La persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva (Morales, 2005 citado en Sánchez et al, 2013).

El Consejo Nacional de Población (2015) define los tipos de violencia familiar de la siguiente manera:

**Violencia emocional o psicológica:** es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción.

Con estas conductas el agresor pretende controlar al otro provocándole sentimientos de devaluación, inseguridad, minusvalía, dependencia, y baja autoestima. Esta forma de violencia es más difícil de detectar que la violencia física pero puede llegar a ser muy perjudicial porque además de que es progresiva, en ocasiones logra causar daños irreversibles en la personalidad del agredido.

**Violencia física:** implica el uso de la fuerza para dañar al otro con todo tipo de acciones como empujones, jalones, pellizcos, rasguños, golpes, bofetadas, patadas y aislamiento. El agresor puede utilizar su propio cuerpo o utilizar algún otro objeto, arma o sustancia para lograr sus propósitos.

Esta forma de maltrato ocurre con menor frecuencia que la violencia psicológica pero es mucho más visible y notoria. El agresor, de manera intencional y recurrente busca controlar, sujetar, inmovilizar y causar daño en la integridad física de la persona.

**Violencia sexual, o abuso sexual:** se refiere en primera instancia a la violación, pero también incluye la burla, la humillación o el abandono afectivo hacia la sexualidad y las necesidades del otro. Además, está la celotipia y todo tipo de acciones, chantajes, manipulaciones o amenazas para lograr actos o prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor.

Las relaciones sexuales frente a terceros y la utilización de objetos sexuales sin el consentimiento de la persona también se consideran formas de abuso sexual, que al igual que las demás, buscan el control, la manipulación y el dominio del otro.

**Violencia económica o patrimonial:** como una forma de amedrentar, someter o de imponer la voluntad en el otro se usan los recursos económicos o los bienes personales.

Si el agresor es el jefe del hogar o el responsable del mantenimiento de la familia, le exigirá a la pareja todo tipo de explicaciones para “darle dinero”, o bien le dará menos cantidad de la que se necesita. Puede suceder también, que aunque la familia necesite los recursos, le impedirá a su pareja que trabaje para que no tenga la posibilidad de tener autonomía económica y él continuar con el control sobre la familia.

Otra forma de violencia económica es cuando el agresor destruye los bienes personales del otro o dispone de los recursos económicos propios y de la persona que está siendo violentada, sólo para su propio beneficio (alcohol, amigos, etc.).

*Se decidió emplear las definiciones dadas por el CONAPO ya que comprende los indicadores de violencia que se indagaron en la entrevista a las encuestadas.*

### **Definición operacional de variables**

**Malestar psicológico:** fue identificado mediante la aplicación del Cuestionario de Salud de Goldberg versión de 15 reactivos (Morales, 2008) Instrumento que por medio de la evaluación del nivel general de salud de la persona, identifica la severidad de los disturbios psiquiátricos menores.

**Violencia:** se identificaron indicadores de los tipos de violencia mediante el interrogatorio verbal realizado a las usuarias por parte de expertos en asistencia vía telefónica a víctimas y personas relacionadas en situaciones de violencia de género.

## *Escenario*

La investigación se realizó en el área de asesoría psicológica de un servicio de asistencia telefónica de la ciudad de México. Esta institución cuenta con instalaciones que permiten atender llamadas de diferentes partes de la Ciudad de México y del país. El equipo de atención a los usuarios cuenta con una amplia base de datos de instituciones, dependencias gubernamentales, y asociaciones, a donde se les canaliza de ser necesario posterior a la interacción telefónica y almacena sus datos sociodemográficos.

El servicio de asesoría psicológica cuenta con un promedio de 10 psicólogos por turno capacitados para auxiliar a los usuarios en sus demandas de orden psicológico y si es requerido transferirlos con otros profesionales en las áreas médica, legal, nutricional o veterinaria, que se encuentran atendiendo llamadas de dichas áreas dentro de la misma locación.

## *Selección de Participantes*

El tipo de muestreo que se empleó es no probabilístico. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010), en las muestras de este tipo, también llamadas muestras dirigidas, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de ciertas características especificadas previamente por el investigador. Es decir, de forma accidental. Este muestreo fue dirigido específicamente a:

- Mujeres entre 19 a 69 años de edad que solicitan asesoría psicológica.
- Víctimas de violencia de género de tipo psicológica, física, sexual y/o económica.
- Residentes de cualquiera de las 16 delegaciones de la ciudad de México y del área conurbada.
- Mujeres solteras, casadas, divorciadas viudas o en unión libre.
- Escolaridad primaria en adelante.



## *Instrumentos*

La presencia y niveles de malestar psicológico se examinó utilizando el **Cuestionario de Salud General de Goldberg versión breve de 15 reactivos** (Morales, 2008) el cual es un instrumento autoaplicable para la identificación de pacientes con alteraciones mentales, no psicóticas, en población general y que ameritan tratamiento especializado. Consiste un interrogatorio breve de fácil ejecución. Explora hábitos cotidianos de la vida de la persona y evalúa el grado de malestar psicológico que experimenta en el periodo que va desde el momento de la evaluación a una semana atrás. Debido a que evalúa el estado mental actual de la persona, no ofrece una medida duradera ni la posibilidad de prever recaídas.

- Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia del malestar psicológico en una determinada población y captar tanto casos vulnerables como con altos índices de malestar en las consultas no especializadas.
- Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.
- Tiene cuatro opciones de respuesta por cada una de las preguntas, las cuales están planteadas en forma de escala Likert.
- Valora cinco áreas: síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión Gómez Espinoza et al. (1990).
- Es un instrumento con utilidad en el rastreo de casos con malestar psicológico, sensibilidad de 0.988, especificidad de 0.828 y  $\alpha$  de Cronbach de 0.910.
- Los niveles de malestar psicológico se establecieron de acuerdo a los siguientes puntajes: 0 a 4 puntos como sin malestar, 5 a 9 como caso leve, 10 a 13 puntos caso moderado y 14 a 15 puntos como caso grave.

Para la identificación de la violencia se llevaron a cabo entrevistas abiertas con duración aproximada de 30 minutos.

- Las entrevistas fueron dirigidas a la búsqueda de existencia o no de violencia de género relacionados con los motivos de consulta de las usuarias del servicio de asesoría psicológica.
- Al finalizar la entrevista y satisfacer la demanda de las consultantes se preguntaron los siguientes datos sociodemográficos:
  - Edad
  - Estado Civil
  - Escolaridad
  - Lugar de residencia (delegación o municipio).

### ***Procedimiento***

La investigación se inició solicitando permiso al servicio de asistencia telefónica de la ciudad de México para poder aplicar el Cuestionario de Salud General de Goldberg a usuarias del servicio de asesoría psicológica que sufren de violencia de género.

Al ser aprobada la aplicación del Cuestionario, se instruyó a los psicólogos asesores telefónicos de los turnos matutino, vespertino y nocturno para que conocieran los requisitos de inclusión y el contenido del Cuestionario a aplicar.

A lo largo de 4 semanas consecutivas, los asesores telefónicos, posterior al haber brindado una asesoría psicológica de acuerdo a las diversas demandas de las usuarias que llamaron durante la realización del estudio, las invitaron a contestar el Cuestionario General de Salud de 15 reactivos (Morales, 2008) a todas aquellas de entre 19 a 69 años de edad que contaran con un mínimo de educación primaria y su lugar de residencia fuera el distrito federal o el área conurbada, en quienes se detectara de padecer o haber padecido de violencia de género.

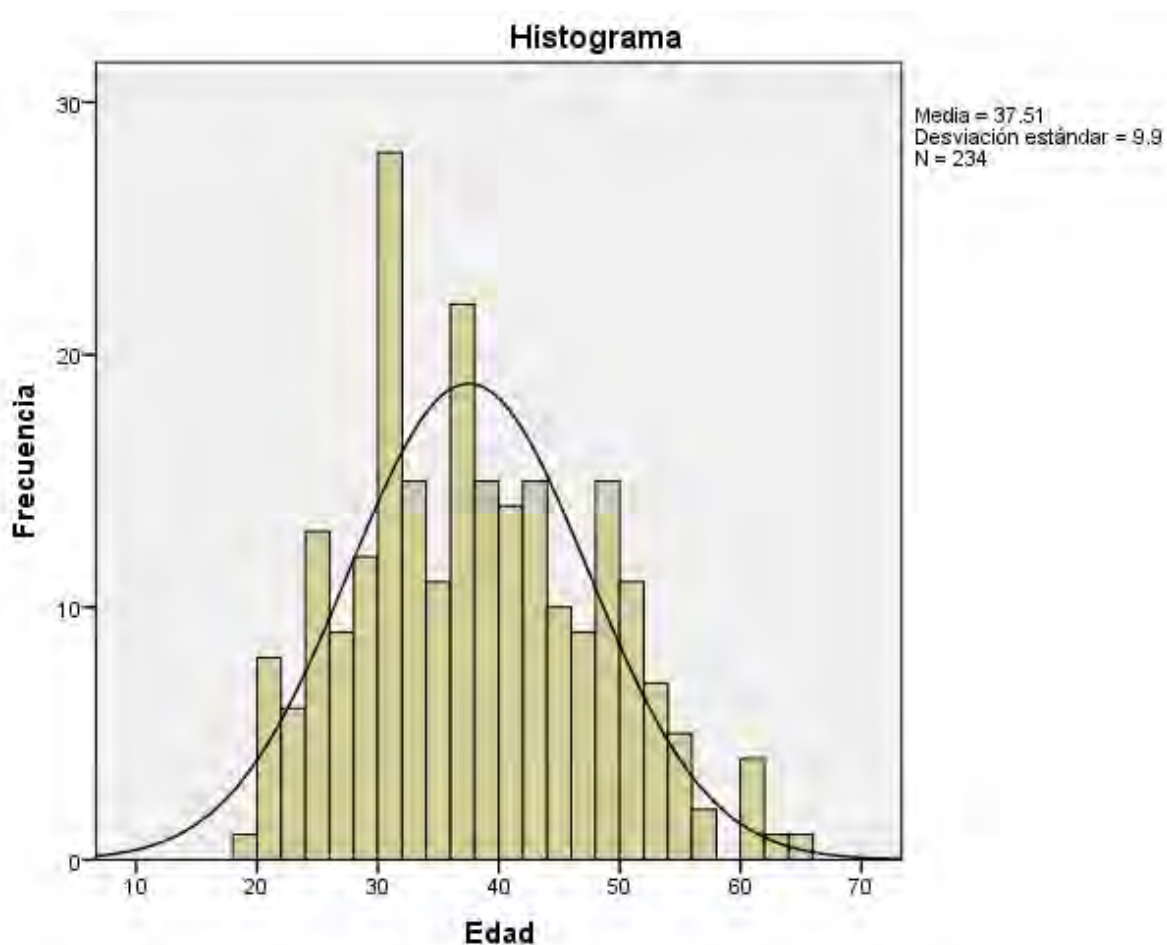
Posterior a la recolección de cuestionarios, se integró una base de datos donde sólo se incluyeron cuestionarios completos para llevar a cabo el análisis de resultados.

## Análisis de resultados

Se llevó a cabo el análisis de resultados utilizando el programa IBM SPSS versión 22 para Windows.

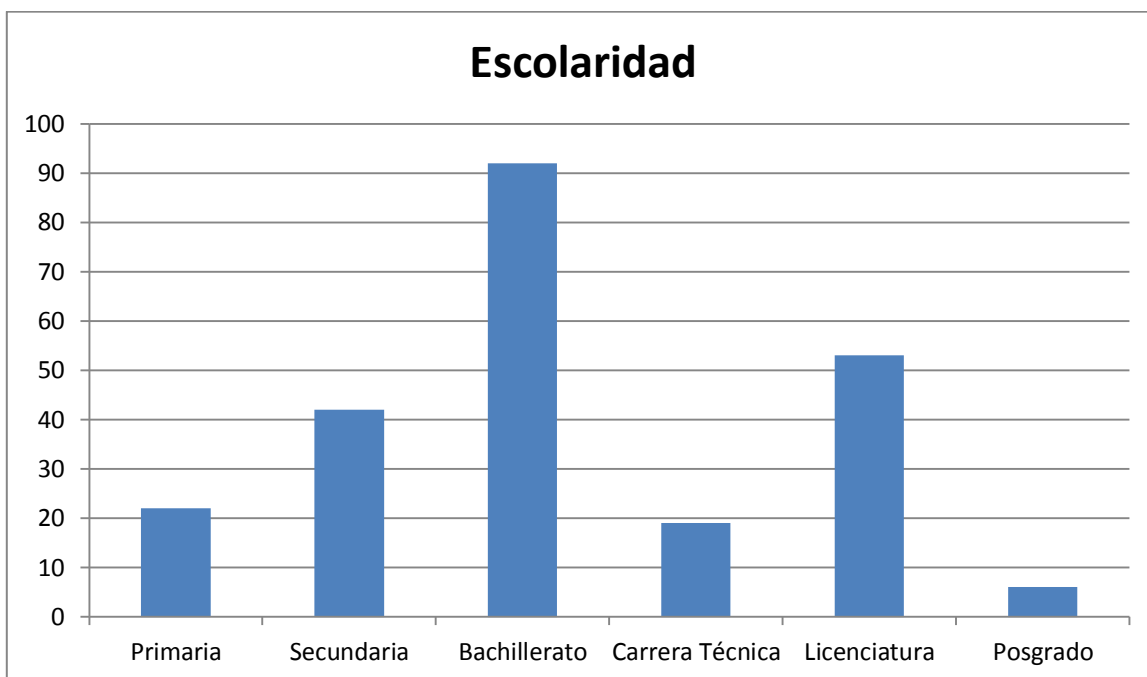
Al igual que un análisis de porcentajes para la descripción de las variables sociodemográficas.

Figura 1. **Edad de las usuarias**



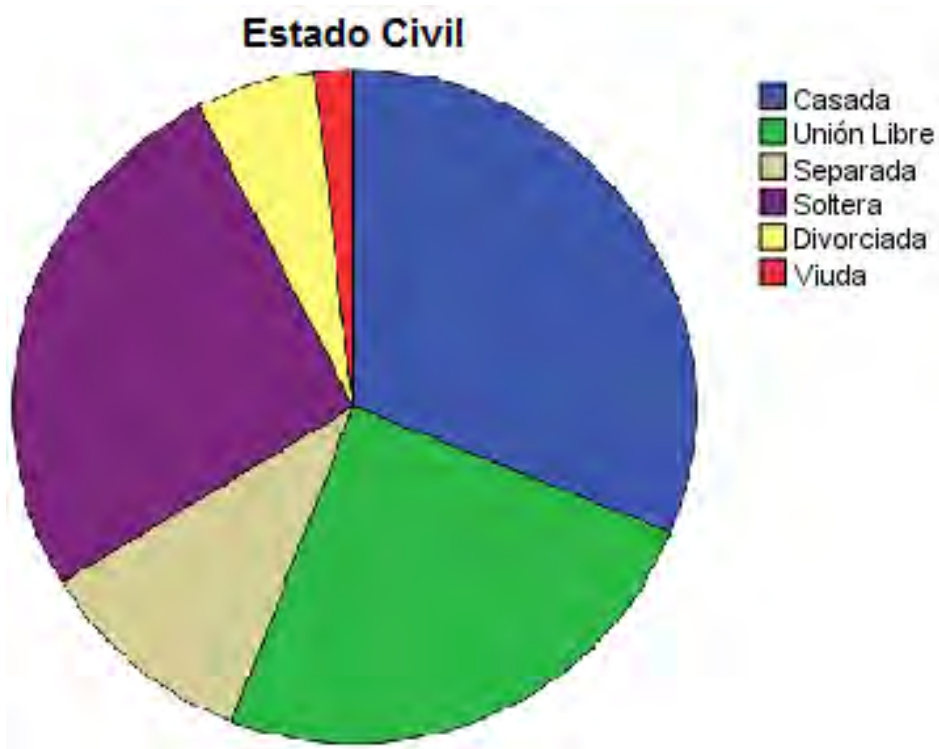
Con respecto a la información sociodemográfica de las usuarias se observó que la edad mínima de las mujeres encuestadas es de 19 años y la máxima de 69. La media de edad es de 37.51 años con una Desviación estándar de 9.9, mediana de 37 y moda de 31.

Figura 2. **Escolaridad de las usuarias**



En esta figura puede observarse que la escolaridad va desde primaria hasta posgrado. Encontramos que la mayoría cuenta con bachillerato seguido de licenciatura y la menor parte, es decir menos del 5 por ciento, cuenta con posgrado.

Figura 3. Estado Civil de las usuarias



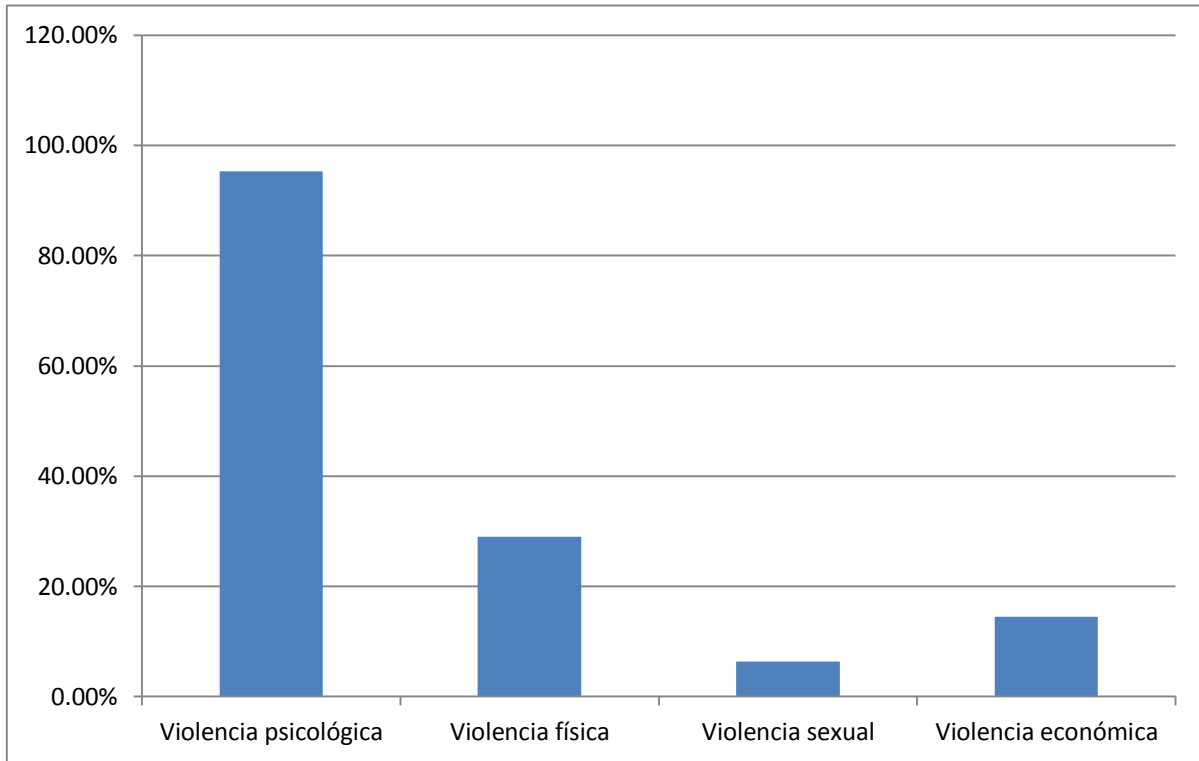
En la figura 3 se observa que una tercera parte de las mujeres a las que se les encuestó, está conformada por mujeres casadas, una cuarta parte de ellas son solteras y otra cuarta parte vive en unión libre, por lo que la mitad de ellas son mujeres solteras y en unión libre; de estas tres categorías (casadas, unión libre y solteras), fueron con las que más se contó en la investigación. Las mujeres viudas figuran menos del 2 por ciento y las separadas y divorciadas menos de la quinta parte cada una, por lo que estas dos en conjunto, constituyen menos del 20 por ciento del total de mujeres encuestadas.

Figura 4. Delegación de residencia de las usuarias



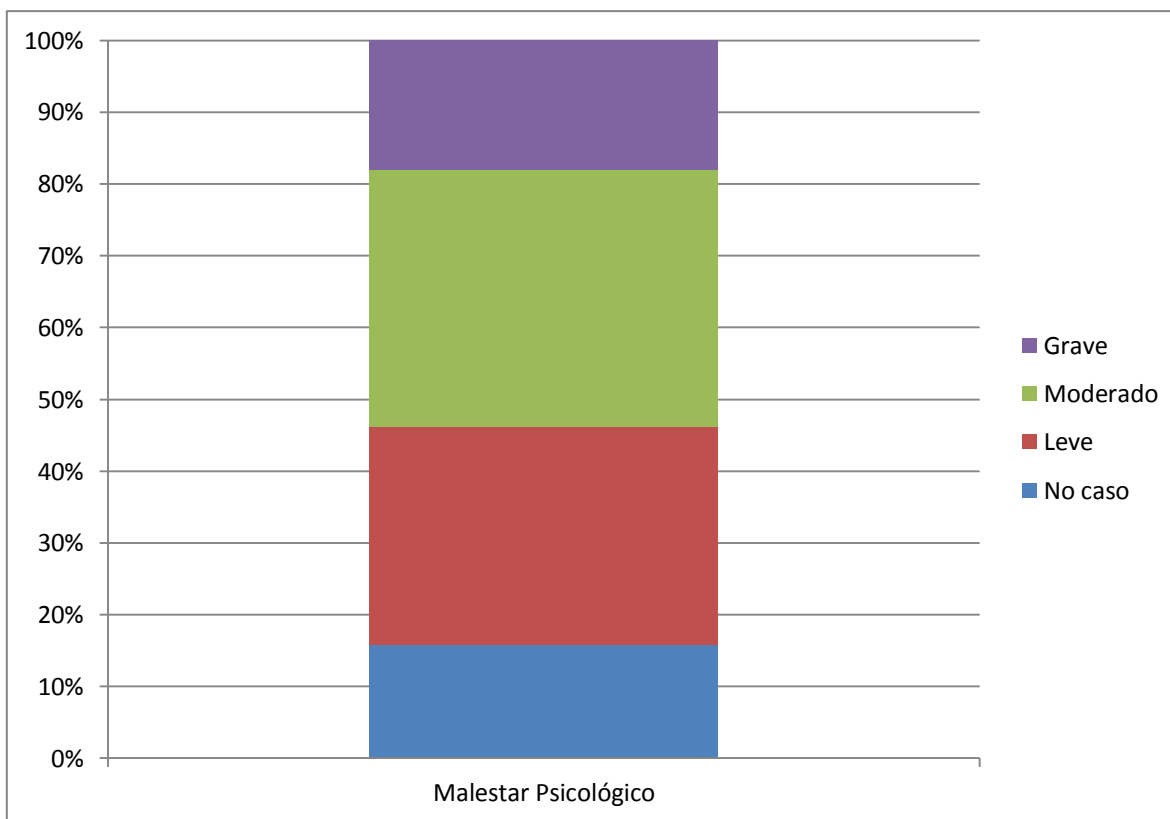
En la figura 4 se muestra que las delegaciones que tuvieron mayor demanda en la encuesta fueron Iztapalapa y Gustavo A. Madero, prácticamente una tercera parte del total de la población. Mientras que tenemos una porción semejante proveniente de Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Iztacalco y Estado de México, representando menos del 10 por ciento cada una de estas delegaciones. Las demás delegaciones en conjunto representan el 31.8 por ciento.

Figura 5. Frecuencia de los diferentes tipos de violencia que viven las mujeres encuestadas.



En esta figura se muestran los porcentajes que presentaron las violencias examinadas en este trabajo, se observa que poco más del 95 por ciento de las mujeres que conforman la investigación, padecen de violencia psicológica, el 29 por ciento de ellas ha vivido la violencia física, menos del 10 por ciento ha pasado por situaciones de violencia sexual, no obstante, prácticamente el 15 por ciento de ellas ha experimentado la violencia económica.

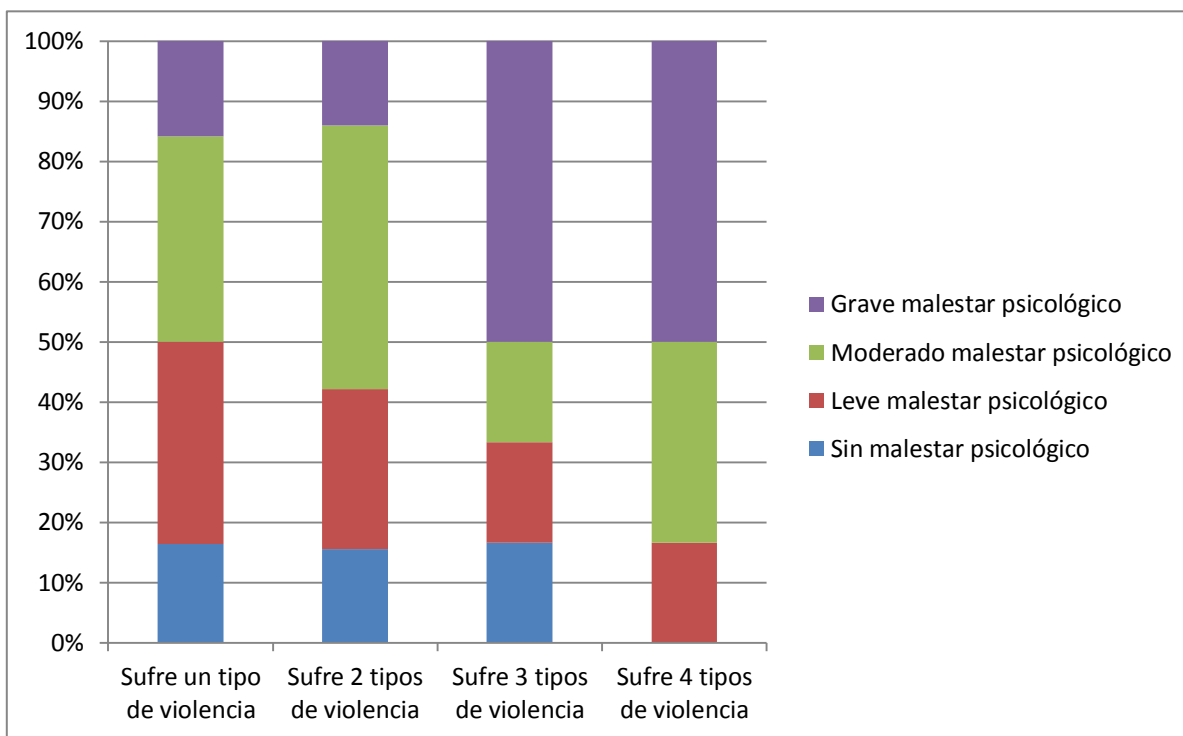
Figura 6. Niveles de Malestar psicológico de las usuarias



De acuerdo a los estratos de gravedad de la versión de 15 reactivos del Cuestionario General de Salud de Goldberg (Morales, 2008), 16 por ciento de las mujeres que participaron en la encuesta no presentó malestar psicológico 30 por ciento de ellas mostró leve malestar psicológico, 36 por ciento moderado y el 18 por ciento malestar psicológico grave. Por lo que se puede decir que más de la tercera parte de las mujeres que se encuestaron presenta un nivel moderado de malestar seguido de las mujeres con malestar leve.



**Figura 7. Malestar psicológico de acuerdo al conjunto de violencias que viven las usuarias**



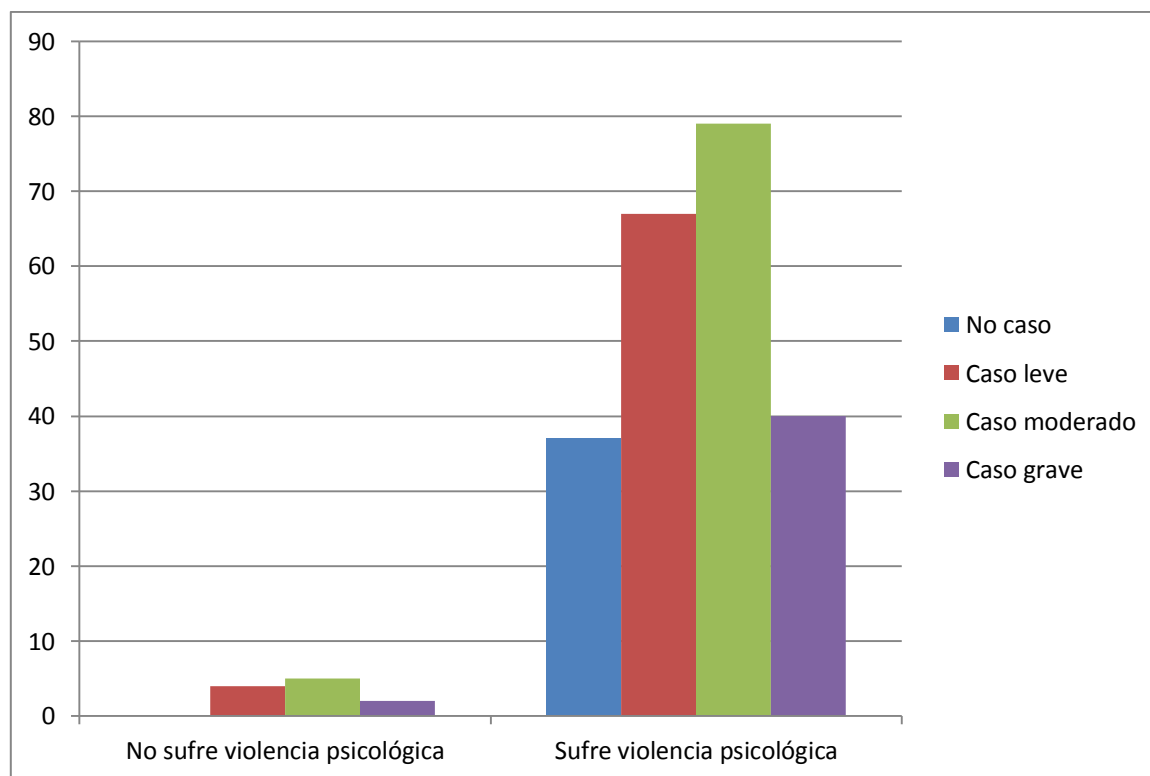
Muchas de las mujeres que participaron fueron identificadas como víctimas de varios tipos de violencias. Las mujeres que se identificó como víctimas de los cuatro tipos de violencia que se examinaron en este estudio fue el 2.5 por ciento de las encuestadas, de ellas el 50 por ciento son mujeres con malestar psicológico grave, le sigue el 33 por ciento con malestar moderado, 17 por ciento presentó malestar leve y ninguna de ellas estuvo exenta de malestar psicológico.

El 5 por ciento de las mujeres del estudio vive 3 tipos de violencia. Al igual que las mujeres que son violentadas en todas las variantes, el 50 por ciento de ellas mostró niveles graves de malestar, sin embargo estas mujeres presentaron niveles leves y moderados así como ningún malestar de manera similar, ya que por cada nivel, se encuentra menos del 20 por ciento de estas mujeres.

Las mujeres que son violentadas de dos maneras diferentes presentó un mayor porcentaje en el nivel moderado de malestar psicológico, casi el 50 por ciento de ellas. Más

de una quinta parte de ellas mostró niveles leves de malestar y menos de la quinta parte mostró malestar grave.

Figura 8. Malestar psicológico de acuerdo a la violencia psicológica



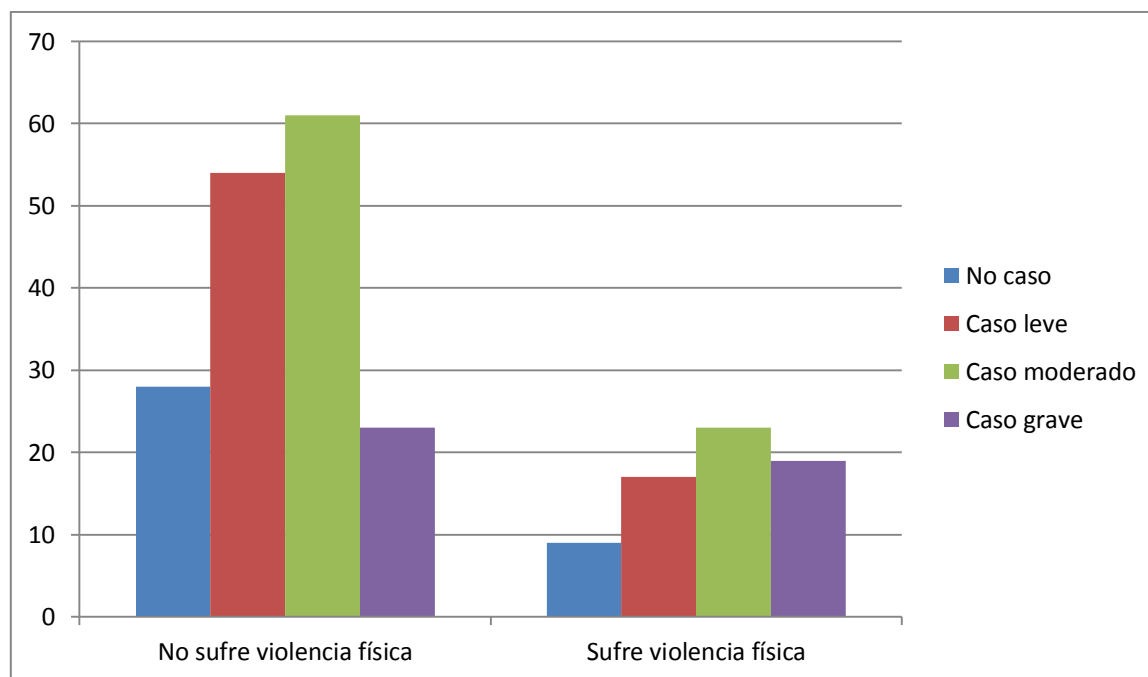
Únicamente el 5% de las mujeres que fueron encuestadas, no sufre violencia psicológica. De ellas, ninguna obtuvo una puntuación dentro del rango no caso de malestar psicológico. La mayor parte de ellas puntuó en los niveles de malestar leve y moderado, seguido del malestar grave.

Las mujeres que si viven violencia psicológica son el 95% del total de mujeres encuestadas. Casi el 17% de ellas no presentó malestar psicológico y la misma proporción presentó malestar grave. Más de la cuarta parte de ellas presentó malestar psicológico moderado y menos de la cuarta parte malestar leve.

El malestar moderado es el que se presentó en mayor número de mujeres tanto en las que no sufren como en las que sufren violencia psicológica. Seguido del malestar leve, también en ambas categorías. En el caso del malestar grave las dos clasificaciones tienen

prácticamente la misma proporción, siendo el nivel no caso, donde la sexta parte de las mujeres que sufren violencia psicológica presentaron este nivel de malestar psicológico.

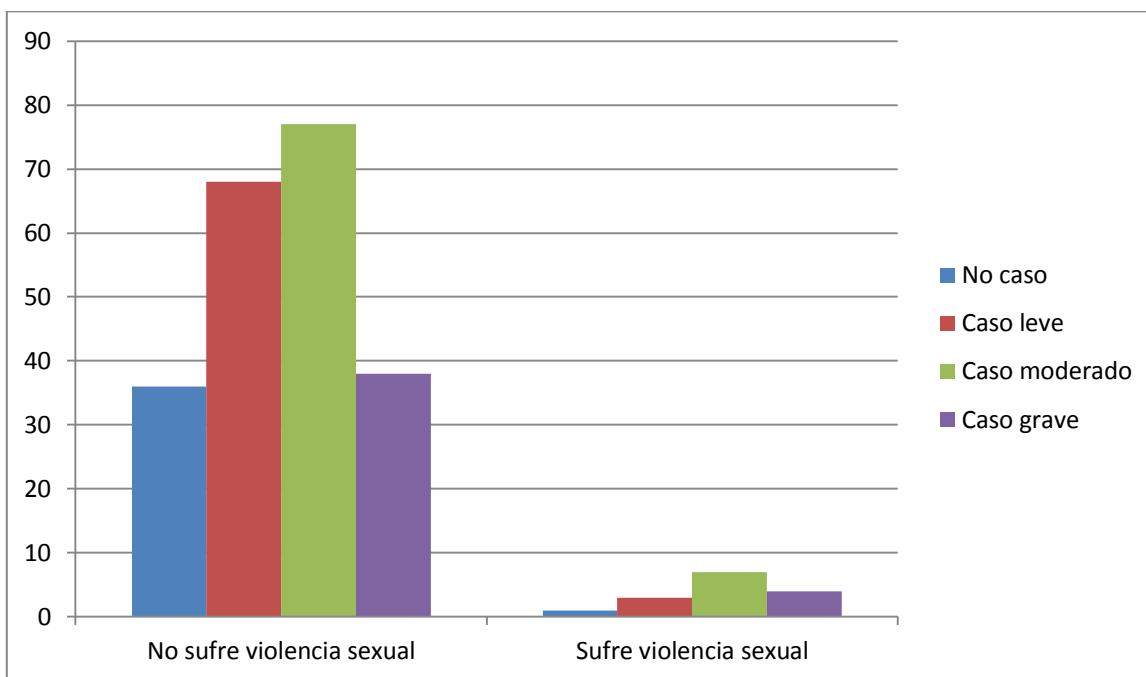
**Figura 9. Malestar psicológico de acuerdo a la violencia física**



17 por ciento de las mujeres que no sufren violencia física y 13 por ciento de las que si padecen esta violencia no presentó malestar psicológico. Para el nivel leve de malestar, 32 por ciento de las mujeres que no sufre violencia física lo manifestó y 25 por ciento de las que si sufren violencia física. En cuanto al malestar psicológico moderado, el 34 por ciento de las mujeres que sufren violencia física lo presenta y 37 por ciento corresponde a las que no sufren violencia física. 14 por ciento de las mujeres que no sufre violencia física manifestó grave malestar y 28 por ciento de las que sufren violencia física.

Por tanto, las mujeres que sufren de violencia física mostraron mayor malestar psicológico moderado y grave que las mujeres que no sufren de este tipo de violencia, sin embargo, se invierte esta tendencia en los niveles leve y sin malestar, ya que aquí son las mujeres que no sufren violencia física las que predominan.

Figura 10. Malestar psicológico de acuerdo a la violencia sexual

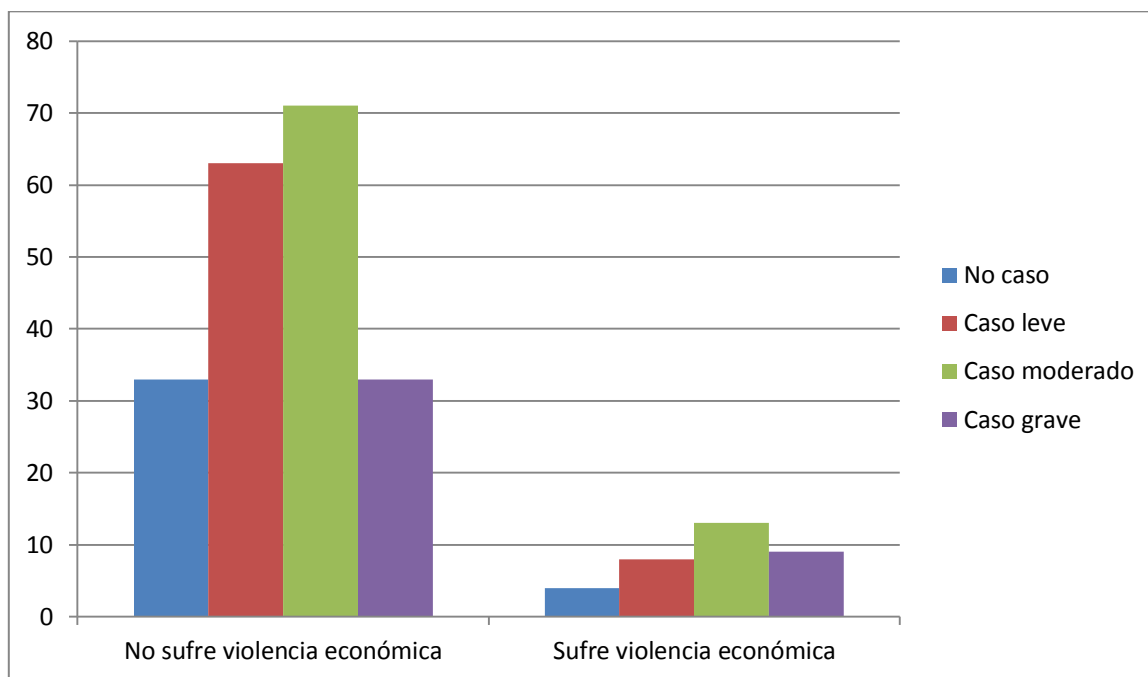


Únicamente el 6.4 por ciento de las mujeres encuestadas es violentada sexualmente, de ellas, el 47 por ciento indicó malestar psicológico moderado, 27 por ciento malestar grave, 20 por ciento malestar leve y 7 por ciento no presentó malestar.

35 por ciento del resto de la población manifestó malestar moderado y 31 por ciento malestar leve. Menos del 20 por ciento de las mujeres que no viven violencia sexual manifestó malestar grave o ningún malestar cada nivel.

De manera que en este tipo de violencia, las mujeres que la viven, presentaron mayores niveles de malestar en contraste con las mujeres que no la experimentan.

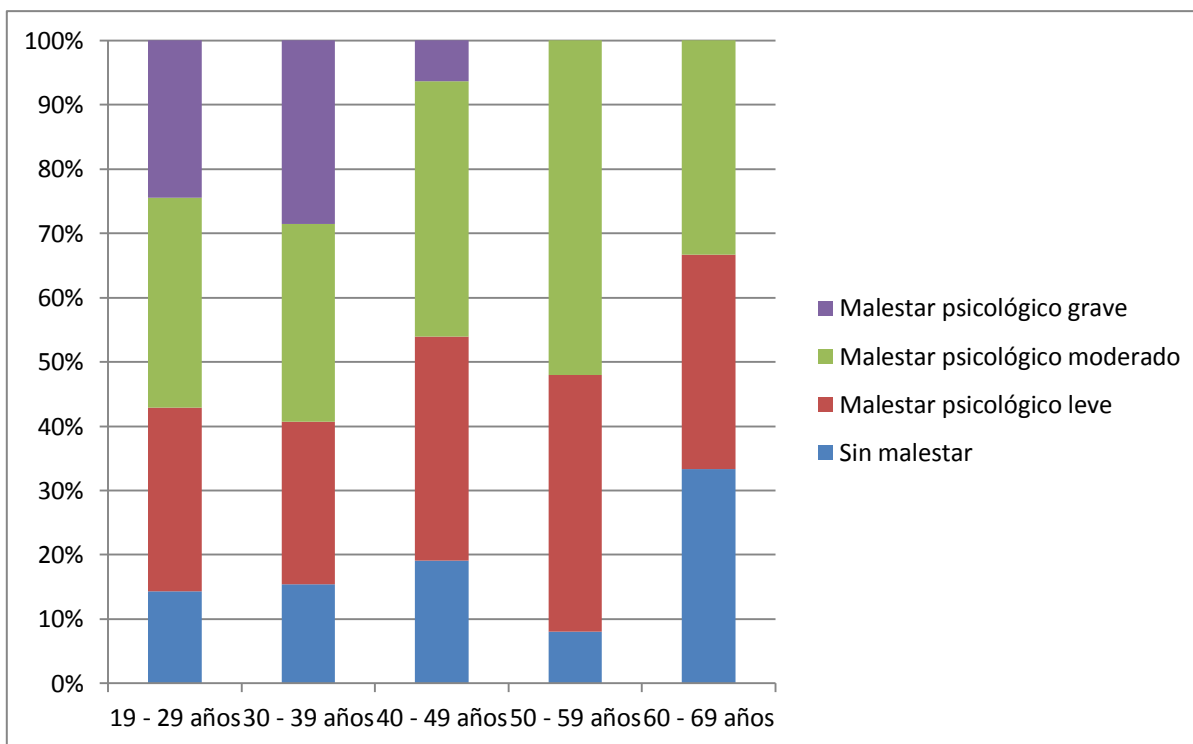
Figura 11. Malestar psicológico de acuerdo a la violencia económica



14 por ciento de las mujeres de la encuesta sufre violencia económica, 38 por ciento de ellas mostró niveles moderados de malestar psicológico, 26 por ciento malestar grave, seguido de malestar leve con 23 por ciento de las mujeres violentadas económicamente. Tan sólo el 12 por ciento de ellas no manifestó malestar. Es decir, las mujeres que fueron identificadas como víctimas de violencia económica presentan mayores niveles de malestar psicológico moderado, seguido de malestar grave. Alrededor de la quinta parte de ellas muestra malestar leve y un número mucho menor no presentó malestar.

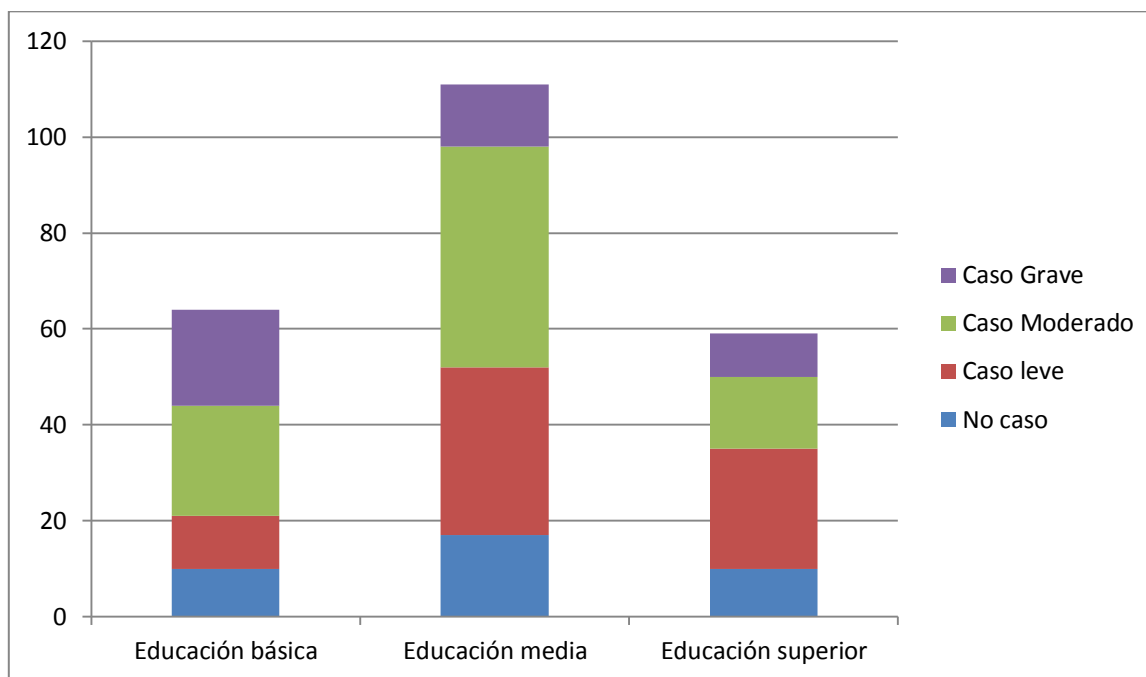
En cuanto a las mujeres que no viven violencia económica, alrededor de la tercera parte se encuentra en los niveles moderados al igual que en el nivel leve de malestar psicológico. Cerca del 15 por ciento de ellas en el nivel grave o no presentó malestar.

Figura 12. Malestar psicológico de acuerdo a la edad de las usuarias



Se formaron grupos de edad por décadas para facilitar la lectura de los resultados acorde a la edad, Las mujeres que tienen entre 30 y 39 años mostraron los índices más altos de malestar psicológico; después de ellas están las mujeres que tienen entre 19 y 29 años. Gran parte de las mujeres presentó niveles moderados de malestar psicológico como se indicó anteriormente, las que destacan en este nivel son las mujeres de entre 50 a 59 años de edad, pues la mitad de estas mujeres muestra malestar psicológico moderado. Asimismo casi el 40 por ciento de las mujeres de entre 40 a 49 años muestran malestar psicológico moderado. Las mujeres de 60 a 69 años se encuentran distribuidas uniformemente en los niveles sin malestar, leve y moderado y ninguna de ellas presenta malestar psicológico grave.

Figura 13. Malestar psicológico de acuerdo al nivel educativo de las usuarias



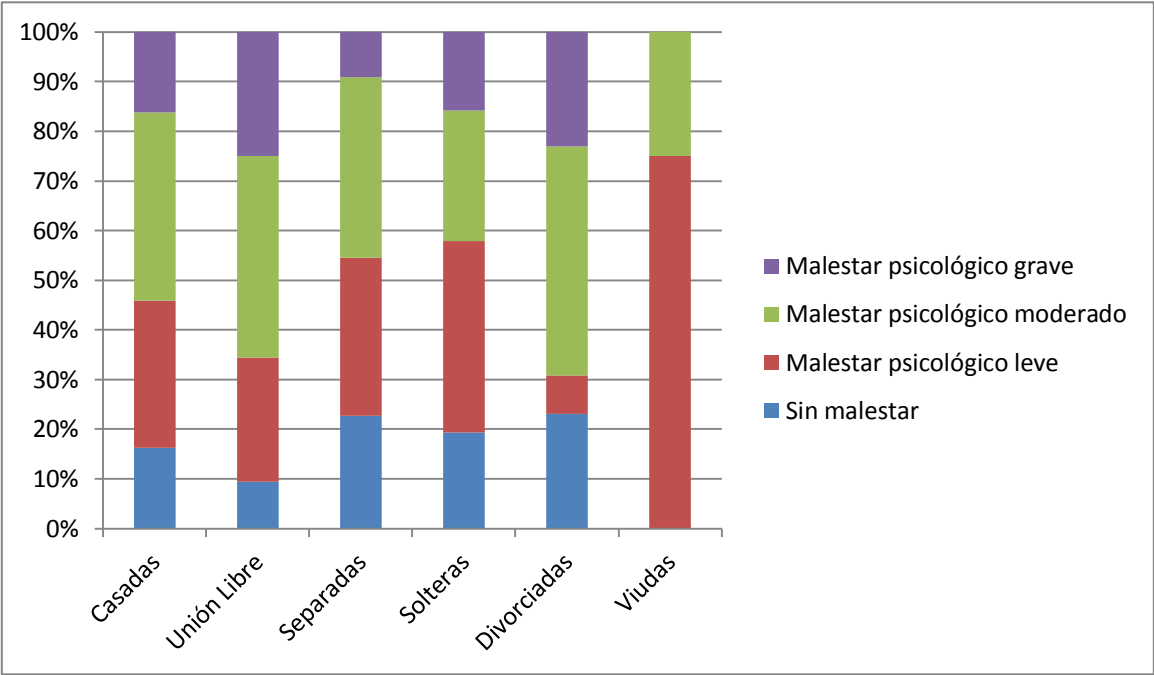
Se hicieron tres grupos de acuerdo al nivel educativo de las participantes. Educación básica comprende a las mujeres que cursaron hasta la secundaria, educación media incluye a aquellas que cursaron el bachillerato o una carrera técnica y la educación superior a quienes cuentan con licenciatura así como las que mencionaron tener estudios de posgrado.

De acuerdo al nivel educativo vemos que dos terceras partes de las mujeres que cuentan con educación básica mostraron respectivamente, niveles moderado y grave de malestar psicológico y solo una tercera parte de ellas fueron casos leve de malestar o incluso no mostraron malestar.

En lo que respecta a las mujeres que cursaron educación media, la mayor parte de ellas mostraron niveles de malestar moderado y leve, pues casi la mitad de ellas están en el nivel moderado y casi una tercera parte en el nivel leve, mientras que menos del 15 por ciento de ellas mostraron niveles graves de malestar y prácticamente el 15 por ciento no mostró malestar alguno.

Las mujeres que tienen educación de nivel superior, muestran porcentajes semejantes a las mujeres que cursaron educación de nivel medio, ya que la mayoría de ellas se encuentra en el nivel leve y moderado de malestar, sin embargo, casi la mitad de ellas son casos leve de malestar y casi una tercera parte casos moderados. La suma de los no casos y los casos graves no llegan a constituir la tercera parte de estas mujeres.

Figura 14. Malestar psicológico de acuerdo al estado civil de las usuarias



En esta figura vemos que las mujeres casadas y en unión libre seguidas de las divorciadas son las mujeres que presentan mayores niveles de malestar psicológico, ya que 25 por ciento de las mujeres que viven en unión libre mostró malestar psicológico grave, al igual que el 23 por ciento de las divorciadas y el 16 por ciento de las casadas. Bajos porcentajes (menos del 15 por ciento) de las mujeres solteras, separadas y viudas presentaron niveles graves de malestar.

Casi el 50 por ciento de las mujeres divorciadas y en unión libre presentó un nivel moderado de malestar psicológico seguidas de las casadas que aproximadamente el 40 por ciento de ellas presenta malestar psicológico moderado, en comparación con las mujeres separadas, solteras y viudas que menos de la tercera parte de ellas presentó malestar



moderado. 75 por ciento de las mujeres viudas y al rededor del 40 por ciento de las mujeres solteras presentó leve malestar psicológico. La mayoría de las mujeres sin malestar psicológico se encuentran en el grupo de mujeres divorciadas.

## Discusión

La violencia de género es un problema que necesita ser atendido desde las instancias públicas para favorecer su erradicación. La importancia del estudio de estas situaciones y la atención a sus víctimas, radica en que es un problema que permea en ámbitos donde a la larga resaltan los trastornos mentales a nivel individual y dificultades a nivel social y familiar, de ahí que en esta investigación se haga hincapié en el estudio de los factores sintomatológicos de las mujeres que deciden pedir ayuda ante situaciones que no han podido resolver en su vida.

El objetivo de esta investigación estuvo centrado en observar los distintos niveles de malestar psicológico que se presentan en las mujeres víctimas de violencia de género que solicitaron una asesoría psicológica vía telefónica. A partir de este punto de partida, la observación se orientó hacia los tipos de violencia de género que establece la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia expedida en el 2007 y el CONAPO (2015), en concreto; la violencia psicológica, física, sexual y económica.

Tomando en cuenta estas categorías, se buscó determinar si los niveles de malestar psicológico variaban o no entre los diferentes grupos. Para esto se contrastó el malestar psicológico descrito por el Cuestionario General de Salud de Goldberg (Morales, 2008), que determina la existencia de cuatro niveles de malestar: no caso, leve, moderado, y grave. Dichos niveles se utilizaron para describir y categorizar las manifestaciones de malestar psicológico como forma de discriminar las manifestaciones del malestar psicológico en las mujeres encuestadas. Aunado a estos objetivos, de igual manera se examinaron los niveles de malestar psicológico conforme el conjunto de violencias que viven las mujeres a quienes se les aplicó el instrumento.

Por otro lado se buscó vincular los niveles de malestar psicológico con otras variables como las edades de las encuestadas, su nivel educativo y el estado civil. Con la intención de determinar si dichas variables eran factores que influían en los niveles de malestar psicológico.

Lo que se encontró fue que la violencia más frecuente es la violencia psicológica, pues 95 por ciento de las mujeres que se encuestaron son víctimas de esta. Estos datos

coinciden con los que ofrece el INEGI (2013) de acuerdo a esta violencia, pues en el Distrito Federal, de las mujeres violentadas, las agresiones más frecuentes son las de carácter emocional. En concreto, el INEGI nos dice que en el Distrito Federal, el 50.1 por ciento de las mujeres ha vivido -al menos una vez a lo largo de su relación- insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas de tipo psicológico o emocional.

En cuanto a la violencia física, vemos que cerca de un tercio del total de mujeres que fueron encuestadas, ha pasado por experiencias de este tipo. La OMS (2014) en lo que respecta a esta violencia, proporciona resultados semejantes, pues a nivel mundial, cerca del 30 por ciento de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Sin mencionar los feminicidios a nivel mundial que sobrepasan estas cifras, y las que vergonzosamente tenemos en nuestro país, donde en menos de una década, se registraron 270 homicidios de mujeres cometidos y 192 desaparecidas tan solo en la zona norte de México, de acuerdo a datos proporcionados por Sánchez (2003).

Esta tendencia se repite en la violencia sexual y económica, en las que cabe destacar que se confirmaron los datos publicados por CONAPO (2015) pues en el estudio este tipo de violencias se hallaron con menor frecuencia que la violencia psicológica.

En lo que respecta al malestar psicológico, se halló que los índices moderado y leve fueron los más destacados. De acuerdo con la violencia, el malestar psicológico se comportó de diversas maneras. Vemos que entre más tipos de violencia están presentes en la vida de estas mujeres, mayores niveles de malestar psicológico presentan, pues el 50 por ciento de las que viven 3 o 4 tipos de violencia presentó malestar psicológico grave; y en las que viven 2 tipos de violencia desciende el malestar a moderado, ya que 50 por ciento de estas mujeres presenta este nivel de malestar. Las mujeres que experimentan un solo tipo de violencia presentaron diversos niveles de malestar. Una respuesta a estos resultados la encontramos en las formas de enfrentamiento, conforme se experimentan distintas clases de maltrato estas van siendo menos eficaces y en consecuencia, exista mayor reactividad y alteraciones psicológicas significativas. Esto lo explica Slaikeu (1996) de la siguiente manera. Este autor sostiene que las personas que sufren crisis pueden escoger formas adaptativas o inadaptativas de enfrentarse a los problemas y que estas dependen de la fase

de la crisis en la que se encuentra la persona, por tanto, si se encuentra en una fase inicial, aquella experimenta el inicio de la tensión e intenta poner en práctica los métodos de resolución de problemas que ha venido utilizando hasta entonces, de no lograrlo, se va ascendiendo a fase subsecuentes que se caracterizan por un aumento de tensión, la cual provoca disfunciones y fallos en el funcionamiento de la persona tras el fracaso de las estrategias habituales, que de no funcionar pueden dar lugar, en la fase más severa, a la aparición de trastornos emocionales y a la desorganización de la personalidad de la persona.

De acuerdo a la violencia psicológica con respecto al malestar psicológico, no se obtuvieron diferencias contrastantes en los índices que se utilizaron; incluso aquellas que no viven este tipo de violencia mostraron niveles más altos de malestar. Conforme a la violencia física destacaron los nivel grave y moderado de malestar psicológico, tendencia que se repitió en la violencia sexual y económica. En este sentido se replicaron los resultados de Plazaola y Ruiz (2004), quienes encontraron que las mujeres que habían sufrido maltratos de carácter físico y sexual referían consumir más alcohol, drogas y tabaco que las no maltratadas, asociaciones no encontradas en el caso de la violencia psicológica. Ellos explican esta diferencia argumentando que podría deberse a un sesgo cultural y social importante por parte de algunas mujeres, que podría llevarlas a normalizar el maltrato psicológico y a no vivirlo de forma tan traumática como el físico y/o sexual.

Como observamos en la figura 12, las mujeres que presentaron los índices de malestar más elevados son aquellas que oscilan en las edades que van de los 30 a los 39 años seguidas de aquellas que tienen entre 19 y 29 años, aquellas que cuentan con más de 40 años en adelante conforme avanza la edad el malestar psicológico grave igualmente va disminuyendo, una tendencia similar vemos en los demás estratos de malestar que emplea este trabajo. Estas diferencias podrían estar relacionadas con que las mujeres de edades más tempranas de la encuesta, cuentan con perspectivas más amplias sobre las relaciones entre géneros y esto promueva que perciban con mayor facilidad las situaciones de maltrato a diferencia de aquellas de mayor edad, quienes podrían ostentar una mentalidad donde los correctos patrones de conducta deben sujetarse a una mayor sumisión ante las situaciones de desigualdad y de violencia o simplemente no las perciban.

En cuanto al nivel educativo de las mujeres que fueron encuestadas y el malestar psicológico que mostraron, notamos que las que cuentan con educación básica resultaron ser quienes manifestaron los índices más altos de malestar y conforme el nivel educativo aumenta, el malestar psicológico va en descenso. Lo que sugiere que los estilos de afrontamiento de las mujeres van mejorando conforme su educación avanza.

Por otro lado se observó que el estado civil es un factor significativo en el nivel de malestar psicológico, pues de las mujeres que fueron encuestadas, las mujeres casadas, en unión libre y divorciadas son las mujeres que presentaron mayor nivel de malestar psicológico. Es decir, las mujeres que viven en pareja o que recientemente lo hicieron son las que tienen índices mayores de malestar psicológico. Esto coincide con los resultados del INEGI (2013) respecto al estado civil de las mujeres que sufren violencia, pues la institución encontró que entre las mujeres unidas está más extendida la violencia de pareja de cualquier tipo (49.3 por ciento), al igual que las casadas (43.2 por ciento).

## Conclusiones

Los resultados obtenidos en la investigación llevan a la conclusión de que para construir una cultura de paridad de género y prevenir la violencia contra la mujer, resulta necesario incluir en el desarrollo de programas de intervención en mujeres víctimas de violencia de género, modelos terapéuticos que respondan a las particularidades de cada estilo de mujer que la enfrenta, y de esta manera restablecer el equilibrio psíquico de las pacientes en un breve período de tiempo.

El campo de la violencia doméstica es complejo, pues se sabe que en el tipo de parejas en que circula la agresión como forma de interacción, ambos padecen las mismas perturbaciones, solo que con signos inversos. La exploración de estos modelos mentales explica las consecuencias a nivel psicológico de la violencia, problema que a nivel mundial tiene una gran trascendencia, pues aun en países desarrollados tiene una gran preeminencia, sin mencionar países como el nuestro donde prácticamente el 50 por ciento de la población general femenina ha sido víctima de violencia de género (INEGI, 2013). Aunado a esto cabe destacar que en muchas ocasiones, es ocultada o negada tanto por victimarios como por víctimas, lo que causa una estimación menor de la prevalencia de la violencia. Sumando a estos escenarios que la violencia de género sigue constituyendo un tabú social y cultural, la intervención para la toma de conciencia y a su vez para la prevención y tratamiento de las secuelas, se hace más ardua.

Existen pocas investigaciones que señalen los factores desencadenantes de estados de crisis, o situaciones críticas en concreto como es el malestar psicológico, y la presencia de estos en los contextos de violencia de pareja, al igual que se conoce poco acerca de las consecuencias derivadas de los episodios de violencia antes de que estas se conformen como trastornos psicológicos en las personas afectadas. En esta investigación, encontramos no solo la relación que existe entre la violencia y el malestar psicológico en mujeres que buscan una asesoría psicológica, sino también encontramos que los índices del malestar varían de acuerdo a las características de las mujeres que demandan el servicio de asesoría psicológica por teléfono.

La información recabada puede favorecer a un entrenamiento especializado de los asesores telefónicos y otros promotores de la salud psicológica, para la atención de las víctimas de violencia, con un enfoque en los daños inmediatos desde una perspectiva sociodemográfica, y por otro lado, son un punto de partida para la construcción de programas de intervención y prevención de las situaciones de violencia de género.

## **Limitaciones y sugerencias**

La información que se obtuvo en esta investigación, abre pauta para el estudio más detallado de trastornos propios de las situaciones de violencia y a programas de intervención especializados en mujeres jóvenes de menos de 40 años, que viven en pareja y sufren diferentes tipos de ésta, pues los resultados que se obtuvieron mostraron que los índices más altos de malestar psicológico los tuvieron mujeres con estas características. Así como también, a la creación de parámetros de medición que valoren sintomatologías que se encuentran fuera de los criterios de evaluación diagnóstica para trastornos como depresión, alcoholismo u otro tipo de adicciones y los abordados en este trabajo como son el Trastorno de Estrés Postraumático, el Síndrome de Estocolmo Doméstico y el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica, pues se refieren a perturbaciones distintas a las de carácter temporal o espontáneo como las que indaga el Cuestionario de Salud de Goldberg de 15 reactivos (Morales, 2008). Esto con el objetivo de detectar signos de riesgo de padecer los trastornos anteriores así como de diversos tipos de enfermedades psicológicas que cuentan con una gran variedad de indicadores especificados para su diagnóstico.

De esta forma, podemos prevenir las consecuencias que conllevan en términos de sufrimiento de quienes acaban por cumplir los criterios de estos diagnósticos así como en costos en su tratamiento; tanto económicos como en años que en muchas ocasiones comprenden.

En este estudio se incluyó únicamente mujeres que viven violencia y no incorporar un grupo control de mujeres que no la padecen, por lo que no se hace una diferencia de niveles de malestar al presentarse o no situaciones de violencia, por lo que un estudio de este tipo sería recomendable para indagar los aspectos que diferencian la presencia de malestar psicológico en mujeres que viven o no violencia.

Una de las mayores limitaciones de esta investigación es que no cuenta con información sobre las consecuencias psicológicas de la violencia con respecto al grado de severidad de esta y el tiempo de exposición. Debido a ello, no es posible saber si fue



anterior la existencia del malestar de riesgo o la violencia. Por otro lado debido al tipo de variables con las que se cuenta no se especifica un estimador de riesgo (OR).

Sería pertinente sugerir investigaciones donde se incluya una descripción de los ámbitos con mayor y menor afectación de la vida anímica de las mujeres que viven violencia familiar que se encuentran más afectados, puesto que serían puntos importantes a incluir en programas de intervenciones destinados a atacar este tipo de problemáticas. Esto no fue abordado en esta investigación debido a que el instrumento que se utilizó para conocer los índices de malestar psicológico evalúa síntomas somáticos, trastornos del sueño, desadaptación social, ansiedad y depresión, pero con la desventaja de que cada uno de sus reactivos valoran a la vez varios de estos ámbitos y no es factible diferenciarlos entre sí al aplicar la prueba.

Es importante destacar que el tiempo de exposición a la violencia influye en el grado de malestar así como la gravedad de esta violencia, esto no quiere sugerir que los niveles bajos o poco tiempo de exposición no afectan a la salud de quien es víctima de violencia, sino que en estudios más detallados sería prudente indagar sobre el influjo de estas variables en cuanto al malestar psicológico. Esto con la finalidad de que se hagan contribuciones en áreas como la detección temprana para una orientación oportuna, o en los casos que lo requieran, la canalización a tratamientos acordes a los ámbitos en la vida de las personas afectadas, con el fin de facilitar el enfrentamiento, superación y abandono de situaciones de violencia, pues la violencia familiar es un problema mundial que no tiene distinción social, de edad ni cultural, pero sí de género, pues afecta de manera particular a la mujer, en quien sus consecuencias se reflejan en una gran variedad de padecimientos que se traducen en altos costos en términos de tratamiento y apoyo a estas mujeres, así como también están indirectamente relacionados con la pérdida de empleo y rendimiento en las actividades diarias. Razón por la cual es sumamente necesario que las situaciones de violencia sean identificadas por los profesionales expertos en situaciones en crisis, para brindar un apoyo especializado a las víctimas.

## Referencias

1. Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M.P., Garrido C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. & Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. v.48 n.2: 114-122.
2. Álvarez, J. (2011). *Reporte del programa de intervención en crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM: Una propuesta de atención psicosocial*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Distrito Federal, México.
3. American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Argentina: Panamericana.
4. Auron, F. & Maldonado, I. (2003). *Violencia familiar en el distrito federal. Una terapia de lentes: género y violencia*. México: Universidad de la Ciudad de México.
5. Barcelata, B., Durán, C., & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, núm. 13, 64-73.
6. Bucio, R. (2012). *Género y democracia. Presentación*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
7. Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. Recuperado el 27 de julio de 2015 de <http://www.ayamm.org/english/Violence%20against%20women%203.pdf>
8. Carreño, J., Bium, B., Sánchez, C., Henales, M. C. (2008) Salud psicológica en la mujer estéril. *Perinatol Reprod Hum*. v.22: 290-302.
9. Consejo Nacional de Población (2015). Violencia emocional, física, sexual y económica. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de [http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia\\_Familiar/Violencia\\_emocional\\_fisica\\_sexual\\_y\\_econmica](http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fisica_sexual_y_econmica).
10. Corsi, J., (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
11. Corsi, J., Dohmen, M. & Sotés, M. (1995). *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Paidós.

12. Diario Oficial de la Federación (2015) Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. Recuperado el 2 de Septiembre de 2015 de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4891593&fecha=09/07/1996](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4891593&fecha=09/07/1996).
13. Diario Oficial de la Federación. (2013). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Recuperado el 16 de julio de 2015, de <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/normateca/legislacion2014/lgamvfv.pdf>.
14. Díaz, E., Rodríguez, M., Mota, C., Espíndola, J., Rodríguez, P. & Zarate, T. (2006). *Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas*. *Perinatol Reprod Hum*. v.20: 80-90.
15. Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. & Sarasúa, B. (1997). *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas*. *Análisis y Modificación de Conducta*. v.23: 503-26.
16. Espíndola, J., Morales, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J. & Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: Algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinato Reprod Hum*. v. 20: 112-122.
17. Espíndola, J., Morales, F., Mota, C., Díaz, E., Meza, P. & Rodríguez, L. (2004) Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum*. v.18: 179-86.
18. Espíndola, J., Morales, F., Mota, C., Díaz, E., Meza, Sánchez, C. Carreño, J., Escalante, A., Ibarra, A. & Brull, A. (2006) Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental. *Perinatol Reprod Hum*. v.20: 91-97.
19. García, A (2002), *“Línea Mujer”*. *Atención y apoyo integral. Una experiencia de servicio telefónico*. México. Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.
20. García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación Cubana. *Rev Cubana Med Integr*. v.15: 88-97.

21. Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública*. v. 11: 454-461.
22. Hernández, R. Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
23. Herrera, L., & Rivera, M. (2011) Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Ciencia y enfermería*. vol.17, n.2: 55-64.
24. IFOTES (2015) International Federation of Telephone Emergency Services. Recuperado el 2 de septiembre de 2015 de <http://www.ifotes.org/>
25. INEGI (2013) Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado el 27 de junio de 2015 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>
26. Iraizor, A. (2012). Violencia de género: Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada. *Dialnet*. v.9 n.1, 115-121.
27. Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. Recuperado el 5 de septiembre de 2015 de [http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015\\_1/investigacion\\_genero/complementaria/lam\\_mrt.pdf](http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/complementaria/lam_mrt.pdf)
28. Lamas. M. (2007,) Género, desarrollo y feminismo en America Latina. Recuperado el 14 de agosto de 2015 de [http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/genero\\_y\\_feminismos.pdf](http://www.equidad.org.mx/images/stories/documentos/genero_y_feminismos.pdf)
29. León A. (1999). *Manual de Procedimientos para un Servicio de Apoyo Integral Vía Telefónica*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Distrito Federal,. México.
30. Lester, D. & Brockopp, G. (1976). *Crisis intervention and counseling by telephone*. Charles C. Thomas Press: Springfield.
31. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013). *Dirario Oficial de la Federación* recuperada de <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/stories/normateca/legislacion2014/lgamvlv.pdf>.

32. Lipovetsky, G. (1997). *La tercera mujer: Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.
33. LOCATEL, (1998). *Modelo de Interacción Telefónica. Programa de Atención al Adolescente de Joven a Joven*. México: LOCATEL.
34. López, J., Maris, S., Suárez, L. & Brenan, S. (2002). *Síndrome de Estocolmo doméstico. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis. Intersalud: España
35. Manzano, R. & Arankowsky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed* 2008; v.19:128-136.
36. Mejía, C. & Sánchez, J. (2006). *Propuestas de mejora en el Departamento Central Telefónica 075 Tel Mujer*. Trabajo final presentado en el Diplomado en Políticas de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. Puebla: Instituto Poblano de la Mujer.
37. Montero, A. (1999). Psicopatología del síndrome de Estocolmo: ensayo de un modelo etiológico. *Ciencia policial*. v.51: 1-25.
38. Montero, A. (2001). Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica: Una propuesta teórica. *Clínica y Salud*. v.12 n.1, 5-31.
39. Morales, F., Pimentel, D., Sánchez, C. & Henales, C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. *Ginecol Obstet Mex*. v.76 n.6, 313-318.
40. Okun, B. (2001). *Ayudar de forma efectiva: Counselling: Técnicas de terapia y entrevista*. España: Paidós Ibérica.
41. Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Méditor.
42. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): España.

43. Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
44. Organización Mundial de la Salud (2007). ¿Qué es la salud mental? Recuperado el 22 de octubre de 2015 de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
45. Organización Mundial de la Salud (2014). Violencia contra la mujer. Recuperado el 22 de octubre de 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
46. Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Recuperado el 1 de septiembre de 2015 de <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/ambito-internacional/cedaw>
47. Organización de las Naciones Unidas. (2009) Violencia contra las mujeres. Recuperado el 27 de junio de 2015 de [http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite\\_the\\_situation\\_sp.pdf](http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf)
48. Organización de las Naciones Unidas (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y programa de acción de Viena. Recuperado el 22 de julio de 2015 de [http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_Spanish.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf)
49. Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: OPS.
50. Páez, J. (1986). *Factores psicosociales y salud mental*. España: Fundamentos.
51. Páez, J. Iraurgui, M., Valdosedá & Fernández (1993). Factores Psicosociales y salud mental: un instrumento de detención de adolescentes en riesgo. *Boletín de la Asociación Vasco-Navarra de Pediatría*. v. 27 n.87, 34-48.
52. Plazaola & Ruiz (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin*. v. 122(12): 461-467
53. Rocha, H. & Soto, H. (1995) La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Mental*. v. 18 2: 31-34.
54. Sánchez, B. (2003). *Violencia familiar en el distrito federal. Homicidio de mujeres en las ciudades de Juárez y Chihuahua entre enero de 1997 y enero de 2002*. México: Universidad de la Ciudad de México.

55. Sánchez, C. Morales, F. Carreño, J. & Cuenca, J. (2007). Disfunciones Sexuales Masculinas: su Asociación con el Malestar Psicológico y los Problemas Conyugales en una Población de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*. v.15: 60-67.
56. Sánchez, M., Miranda, M. & Reyes, V. (2013). Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado. *Revista Alternativas en psicología*. v.28: 41-48.
57. Sánchez O. (2012). *Género y democracia. Equidad de género en materia electoral. Pronunciamientos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
58. Secretaria de Educación Pública (2009). *Informe Nacional sobre Violencia de género en la educación básica en México*. México: UNICEF
59. Serret, E. (2008). *Qué es y para qué es la perspectiva de género. Libro de texto para la asignatura: Perspectiva de género en educación superior*. Oaxaca: Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
60. Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
61. Sullivan, D. & Everstine, L. (1983), *Personas en crisis*. México: Pax.
62. Villavicencio, P. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
63. Viveros, G. (1996) *El examen mental a través del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono*. México: Universidad Iberoamericana.
64. Yubero, S., Larrañaga, E. et al. (1996). *El desafío de la Educación Social*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

## Anexos

Cuestionario de Salud de Goldberg versión breve de 15 reactivos Morales (2008).

Reactivos	Opciones de respuesta			
¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
¿Se ha sentido irritado y mal	No, para	No más que	Más que	Mucho más que



humor?	nada	antes	antes	antes
¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
¿Se ha sentido nervioso y “a punto de estallar constantemente”?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes