



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Evaluación del Nivel de Aprendizaje entre la Enseñanza Tradicional y la Enseñanza mediante Simulación Virtual del Programa de Afrontamiento Pro-Social (PAPS)”

**TESIS**

Que para obtener el Título de  
**Licenciada en Psicología**

Presenta

**Laura Rojo Ornelas**

Directora de Tesis

**Dra. María Georgina Cárdenas López**

Ciudad Universitaria, CDMX, 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE APRENDIZAJE ENTRE LA  
ENSEÑANZA TRADICIONAL Y LA ENSEÑANZA  
MEDIANTE SIMULACIÓN VIRTUAL DEL PROGRAMA DE  
AFRONTAMIENTO PRO-SOCIAL (PAPS)”**

## AGRADECIMIENTOS

*“Cuando bebas agua, recuerda la fuente”*

*Proverbio Chino*

Agradezco a la Máxima Casa de Estudios de la Nación; la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi segundo hogar. Por abrigarme desde que tuve el placer de ser un miembro más de su comunidad cuando ingresé al bachillerato en la Escuela Nacional Preparatoria Número 9. Gracias por formarme, por ayudarme a crecer. Gracias por enseñarme a amar mi profesión y a servir a mi raza, no solo a través del espíritu.

Agradezco a la Facultad de Psicología por darme una visión amplia acerca de mi labor como psicóloga, por hacerme ver que la salud mental es determinante para los individuos y por dotarme de la compasión y empatía necesarias para desempeñar mi trabajo con pasión y entrega.

Agradezco especialmente a la Doctora María Georgina Cárdenas López por haberme permitido formar parte de su equipo de trabajo durante el desarrollo de mi proyecto de Tesis. Gracias Doctora por compartir su extensa sabiduría conmigo, por todas las puertas que me abrió y por ser más que una profesora, una guía. Gracias por presentarme otro mundo dentro de la psicología, por confiar en mí y por inspirarme.

Agradezco a la Doctora Mariana Gutiérrez Lara, al Doctor Samuel Jurado, al Doctor Ariel Vite y al Profesor Salvador José Luis Ávila, por su paciencia y determinante dirección en cuanto al desarrollo de este proyecto. Gracias por el tiempo que me dedicaron y por compartir sus amplios conocimientos conmigo.

Gracias a todos y cada uno de mis profesores, pues su apoyo ha sido determinante en mi vida.

El alumno se construye gracias al maestro...

## DEDICATORIA

*“La mente es como un paracaídas, solo funciona si la tenemos abierta”*

*Albert Einstein*

Solo cuando la mente está abierta somos capaces de amar, y solo cuando somos capaces de amar, somos capaces de crear. Gracias por abrir mi mente...

A ti mi señor Jehová por la vida y cada una de las oportunidades, bendiciones, golpes y enseñanzas en ella.

No podemos saber cuál será el peso de una decisión en nuestras vidas, hasta que vemos pasar el tiempo y vivimos las consecuencias. Este trabajo está dedicado a mis padres: Susana y Juan; quiénes hace 24 años tomaron una decisión determinante para sus vidas y para la mía. Gracias por darme el regalo más grande que he recibido: una familia.

Gracias papá por sostener mi mano para dar mis primeros pasos, gracias porque aun cuando me soltaste hace mucho tiempo para dejarme andar sola, sé que tu mano sigue estando ahí, disponible para cuando la necesito. Gracias por darme la seguridad necesaria para salir a vivir, por apoyar y respetar mis decisiones, por confiar en mí y por hacerme saber que en ti tengo mi altura segura.

Gracias mamá por abrigarme en tu regazo, por ser un ejemplo para mí y por enseñarme que, en la vida, aún tras las circunstancias más difíciles, se puede vivir completamente feliz y agradecido con Dios. Gracias por secar mis lágrimas, por tu paciencia y comprensión. Por abrir tu corazón para una hija más y por hacer que tan solo con tu mirada, me sienta tranquila, me sienta en mi hogar.

A ti Angélica, te hago parte de este logro porque no sólo eres mi hermana, eres mi amiga, mi consejera y mi confidente. Gracias por haberme amado desde el primer momento en que nos vimos, por traer a Julio a mi vida y por ser mi apoyo constante. Gracias por motivarme y creer en cada una de mis metas.

Para ti Julio, no tengo más que amor. Gracias por todos tus consejos, por estar pendiente de mí en cada momento; por enseñarme que no se necesitan lazos de sangre para ser familia, porque a ti y a mí nos unen lazos más fuertes. Gracias por haber sido mi segundo papá y por ser mi ángel ahora.

Les agradezco Raúl, Carlos y Marisol por ser mis hermanos, por la fe que tienen depositada en mí; por su amor.

A ustedes Aldair y Alan, les doy las gracias por permitirme ser su ejemplo, gracias por confiar en mí, por llorar y reír conmigo. Porque su respeto me engrandece, porque me hace sentir profundamente orgullosa ser su tía.

A mi hermosa bebé Cossete, por su comprensión y amor. Por ser quien estuvo presente conmigo durante todo este proyecto y por amarme incondicionalmente.

Finalmente, agradezco y hago parte de la conclusión de esta meta a tres incondicionales amigas: Jazmín, Sandra y Erika. Gracias por ser ejemplo para mí, por ser apoyo y compañía sincera.

Gracias a todos los que confían en mí, me aman, se sienten complacidos con mis éxitos y me acompañan en mis fracasos.

*Porque todas las cosas proceden de él, y existen por él y para él.*

*¡A él sea la gloria por siempre!*

*Romanos 11:36*

Gracias Dios

## CONTENIDO

<b>A. RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>B. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>C. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
1 VIOLENCIA .....	4
1.1 <i>Definición de Violencia</i> .....	5
1.2 <i>Tipología de la Violencia</i> .....	12
1.3 <i>Manifestaciones de la Violencia</i> .....	40
2 AFRONTAMIENTO .....	47
2.1 <i>Definición de Afrontamiento</i> .....	51
2.2 <i>Afrontamiento como Proceso y sus Funciones</i> .....	52
2.3 <i>Estilos de Afrontamiento</i> .....	54
2.4 <i>Género y Estilos de Afrontamiento</i> .....	60
3 AFRONTAMIENTO Y VIOLENCIA .....	62
3.1 <i>Afrontamiento en situaciones de Violencia Familiar</i> .....	64
3.2 <i>Programa de Afrontamiento Pro-Social (PAPS)</i> .....	79
4 EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE .....	85
4.1 <i>¿Qué es la Evaluación del Aprendizaje?</i> .....	85
4.2 <i>Tipos de Evaluación del Aprendizaje</i> .....	87
<b>D. MÉTODO EXPERIMENTAL</b> .....	<b>88</b>
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	88
2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	88
3 OBJETIVO GENERAL .....	88
4 TIPO DE ESTUDIO .....	88
5 DISEÑO .....	88
6 MUESTRA .....	89
7 DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	89
8 HIPÓTESIS .....	94
9 INSTRUMENTOS .....	94

10 PROCEDIMIENTO .....	96
11 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO .....	97
<b>E. RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
<b>F. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>106</b>
1 LIMITACIONES E INVESTIGACIÓN FUTURA .....	110
<b>G. REFERENCIAS.....</b>	<b>111</b>
<b>H. ANEXOS .....</b>	<b>124</b>



## **A. RESUMEN**

El presente trabajo describe una breve introducción al problema que la violencia familiar representa para la salud; problemática ante la cual se plantea un modelo terapéutico mediante enseñanza virtual, que pretende dotar a los terapeutas de herramientas y competencias para trabajar con las familias que sufren de este tipo de violencia, capacitándolos específicamente en cuanto a estrategias de afrontamiento pro-social, cuya meta última es reducir y eliminar los índices de violencia ejercidos y sufridos por los integrantes de la familia.

Con la intención de evaluar el nivel de aprendizaje obtenido, en cuanto a los contenidos de la Intervención psicológica mediante el Programa de Afrontamiento Pro Social (PAPS) de los terapeutas en formación, se llevó a cabo un estudio en el que se comparó el nivel de aprendizaje de dicho programa, mediante dos técnicas de enseñanza: la Enseñanza Tradicional y la Enseñanza mediante el uso de la Simulación Virtual.

La muestra fue dividida en dos grupos de 10 participantes cada uno, a los cuales se les aplicó un Pre Test y un Pos Test con la intención de determinar el puntaje ganancia y de categorizar el nivel de aprendizaje, nivel obtenido en el Post Test. El nivel de aprendizaje se agrupó en tres categorías: Aprendizaje deficiente: Puntuación de 0 a 5; Aprendizaje aceptable: Puntuación de 6 a 8 y; Aprendizaje adecuado: Puntuación de 9 o 10. El análisis de resultados mostro una pequeña diferencia entre el nivel aprendizaje obtenido mediante cada condición de aprendizaje; informando que esta diferencia no resultó estadísticamente significativa, mostrando que la enseñanza mediante simulación virtual es tan efectiva como la tradicional.

*Palabras clave:* Violencia familiar, Afrontamiento Pro-Social y Simulación Virtual.

## B. INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo, seguramente muchas personas se preguntan ¿por qué no desaparece la violencia? ¿por qué parece que cada día incrementa?; sin embargo, hallar una respuesta es difícil, ya que exige construir una teorización que incluya a todos los factores intervinientes y, si lo planteamos así, nos topáramos con otra pregunta ¿quiénes intervienen en el desarrollo de la violencia? Y sería justo aquí en donde nuestras pretensiones de obtener una respuesta podrían pararse en seco y ceder ¿por qué? Simple, porque todo interviene en el desarrollo de la violencia, no solo los gobiernos como nos gustaría creer, sino todo y todos. Incluso nosotros mismos ejercemos violencia contra nuestra propia familia, amigos y nosotros mismos; parece improbable, pero es real, ¿Cuántas veces nos sorprendemos pidiendo un favor a alguien de nuestra familia de manera agresiva, como exigiendo algo? Y ¿Cuántas veces al día hacemos cosas que perjudican nuestro propio cuerpo? Todo lo anterior es violencia, a menor escala quizás, pero violencia al fin. Por lo cual, resulte tal vez más conveniente ponernos a trabajar en la reducción de la violencia a pequeña escala (en nosotros mismos) para lograr un cambio a gran escala que influya en todos los factores involucrados.

Los índices de violencia incrementan día con día ([Lozano et al., 2006](#)), volviéndose un problema social y de salud pública; con efectos negativos en lo social, la salud y la economía de países, comunidades, familias e individuos ([Concha, 2002](#); [Knaul & Ramírez, 2003](#)). La violencia se ha convertido ya, en un problema ubicuo y, es justo esta ubicuidad, la que pone en riesgo la salud de los individuos en todos los niveles: físico, psicológico y sexual ([WHO, 2002](#)).

Autores como [Ramírez \(2006\)](#), hacen referencia a la violencia como una pandemia; para este autor, la violencia no es un fenómeno de aparición repentina, sino un fenómeno de comportamiento secular. La Organización Mundial de la Salud ([OMS, 2017](#)) en su portal electrónico, define Violencia como:

*“El uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que*

*tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS, 2017 portal electrónico).*

La violencia también se vivencia dentro del hogar; ese lugar que se supone debería ofrecernos seguridad, se convierte en el lugar que nos vulnera. Es ante esta problemática, que el presente trabajo, plantea una propuesta de intervención terapéutica mediante enseñanza virtual, dirigida a los terapeutas que buscan adquirir herramientas y desarrollar competencias para tratar a los individuos que sufren violencia familiar.

Ante los elevados índices de violencia familiar y sus conocidas consecuencias, se consideran necesarios los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación a víctimas y perpetradores de la violencia. En este punto aparece una limitación; aun cuando los terapeutas en formación estén capacitados para llevar a cabo intervenciones en este campo, dichas intervenciones son difíciles de ser aplicadas, debido a la restricción de espacios en donde practicar; es decir, aun cuando los terapeutas en formación reciban la parte teórica de la intervención, la parte práctica se halla limitada.

Frente a las limitaciones de la enseñanza tradicional, surgen otros modelos de enseñanza de intervención, en este caso, la enseñanza mediante simulación virtual, la cual ofrece un espacio óptimo tanto para aprehender la teoría, como para ejecutar la práctica. De tal forma, el presente trabajo propone un modelo de Intervención Terapéutica, que se basa en la enseñanza mediante Simulación Virtual, con el objetivo de dotar a los terapeutas de conocimientos tanto teóricos como prácticos, que les sirvan para tratar a las familias inmersas en esta problemática.

Una vez conceptualizado lo anterior, el objetivo del presente trabajo es identificar las diferencias entre el aprendizaje que se obtiene mediante la Enseñanza Tradicional y la Enseñanza mediante Simulación Virtual del Programa de Afrontamiento Pro Social para familias en entornos de violencia.

## C. MARCO TEÓRICO

### 1 Violencia

*“Menos visible, pero aún más difundido, es el legado del sufrimiento individual y cotidiano: el dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas por parejas violentas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas. Este sufrimiento, del que podría dar muchos más ejemplos, es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden de la violencia de las anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia”.*

*Nelson Mandela (WHO, 2002 pág. 5)*

El extracto introductorio al presente capítulo es parte del mensaje que Nelson Mandela escribió especialmente para el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2002, con el objetivo de hacer visible lo invisible; la violencia.

La violencia no es un problema actual, ésta tiene profundas raíces históricas (Sierra et al., 2006) que han sido tejidas a manera de telaraña a lo largo de los años; telaraña en la que todas las sociedades estamos cautivas y próximas a ser devoradas si no actuamos al respecto. A la violencia le hemos dado un uso ancestral, mismo que ha llevado a que la interpretemos como rasgo inherente a la conducta humana, casi confundiéndonla con la agresión a nivel defensivo; quizás es por esto que ver la violencia cuesta, cuesta porque implica reconocernos como seres impulsivos e irracionales (Londoño & Guerrero, 2000), como seres que se dejan llevar por sus instintos, calificativo asignado a los animales no humanos, no a los humanos; gema de la creación, seres racionales y con amplio control sobre nosotros mismos.

A lo largo de la historia y en diversas áreas de estudio se ha planteado la reacción instintiva como la línea que separa lo sensato de lo emocional; es decir, por un lado, se hallan aquellos que toman decisiones cerebrales, perfectamente conscientes y, por el otro lado, están aquellos que se dejan llevar por la emoción, lo que los lleva

a situaciones desastrosas a diversa escala (Del Río & Santaella, 2009). Es justo en este último lado donde parecería lógico colocar a la violencia; sin embargo, estamos viviendo días en donde incluso la violencia se celebra y parece ser, más que un atributo que nos acerca a la involución, uno que nos pone en el escalón más alto de la cadena como seres dominantes de toda obra creada. Para ejemplo tenemos la obra de Corsi (1994), este autor, plantea situaciones familiares en las que los padres exaltan las conductas violentas de los hijos, haciéndolas ver como rasgos de inteligencia y dominio. Fuera de la familia, esto por supuesto también sucede, pero a escondidas y en estructuras en donde el poder presenta un desequilibrio, es ahí en donde es válido ser violento sin ser mal visto, lo vemos con los grupos policíacos, políticos o del crimen organizado.

### 1.1 Definición de Violencia

Gro Harlem, ex directora de la OMS define Violencia como:

*“Una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, [que] nos afecta a todos de un modo u otro. Para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida” (WHO, 2002).*

La anterior definición es bastante clara y concisa, cita la realidad: la violencia está presente en cada rincón del mundo; es un asunto ubicuo (WHO, 2002; Sierra et al., 2006; Olaiz et al., 2006), todos, en alguna medida hemos sido, somos o seremos víctimas o perpetradores de la violencia. En algunas ocasiones podemos escapar, en otras, pareciera que estamos confinados como mediante una especie de orden judicial, a vivir en entornos violentos, en los que empezamos siendo víctimas, pero terminamos siendo victimarios. Además de la ubicuidad, la histéresis es otra propiedad de la violencia (Londoño & Guerrero, 2000); pues ésta se mantiene aun cuando el estímulo que la detonó ya haya desaparecido, lo que favorece su extensión y mantenimiento. Asimismo, es importante señalar que la violencia, como proceso, no acaba cuando se obtiene como resultado una víctima, esto es tan solo

su expresión momentánea (Concha, 2002) que da origen a todo un ciclo extenso y extenuante.

Cifras de la OMS (WHO, 2002) indican que, al año, más de 1.6 millones de personas mueren por causas asociadas a la violencia. A este número se le debe sumar el de las personas que no mueren, pero que resultan heridas y/o con graves secuelas físicas, psicológicas, sociales, económicas y/o sexuales; tales como: depresión, abuso del alcohol, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales. Las cifras para la región de América Latina son alarmantes, ésta se sitúa como la región más violenta del mundo (Buvinic et al., 1999), arrojando 140 000 homicidios al año; cada latinoamericano perdemos tres años de vida saludable (en promedio) asociados a la violencia; 54 familias son víctimas de robo cada minuto, aproximadamente una por segundo; la violencia sobre bienes y personas representa una destrucción y transferencia de los recursos de aproximadamente 168 millones de dólares al año; en capital humano se pierde 1.9% del Producto Interno Bruto (PIB) equivalente al gasto en educación primaria en toda la región; la violencia en esta área geográfica es cinco veces mayor que en cualquier otra parte del mundo (Londoño & Guerrero, 2000).

Aun cuando ya se dijo que la violencia es omnipresente, diversos factores hacen a algunos individuos más propensos que a otros a sufrir violencia. Comencemos por el nivel socioeconómico, ya que los altos índices de pobreza y desigualdad influyen directamente en la violencia (Buvinic et al., 1999); la OMS (WHO, 2002), señala que las tasas de mortalidad varían de manera inversamente proporcional de la siguiente manera; las tasas de mortalidad a causa de la violencia son más altas en países donde los ingresos son más bajos, en estos países, las tasas son superiores más de dos veces (32.1 muertes por cada 100 000 habitantes) a las de los países con altos ingresos (14.4 muertes por cada 100 000 habitantes). Al factor de la pobreza se suma la disponibilidad de armas, puesto que facilitan el desarrollo del acto violento (Buvinic et al., 1999) en su expresión instrumental principalmente; aunque últimamente también en su expresión emocional, como es el caso de los delitos

cometidos por el crimen organizado, quienes emplean la violencia para conseguir beneficios económicos y políticos y, como medio de descarga emocional con la intención pura de dañar al otro. La educación se incluye como una causa, puesto que la gran mayoría de los victimarios y de las víctimas potenciales cuentan con niveles educativos bajos. En América Latina, cada año de brecha educativa se asocia a un incremento de 14 000 homicidios en el mismo periodo (Londoño & Guerrero, 2000). Otro factor relevante es la edad, la población entre los 15 y 44 años es la más vulnerable; la violencia es la causa del 14% de las muertes en la población masculina y del 7% en la femenina. Los antecedentes de violencia juegan un papel fundamental, asociado a la transferencia y la reproducción de la violencia. El consumo de alcohol y/o drogas también influye en la violencia, puesto que muchas veces estas sustancias se emplean como desinhibidores para cometer el acto violento (Buvinic et al., 1999; Londoño y Guerrero, 2000; Olaiz et al., 2006; Del Río y Santaella, 2009). Un factor más son los problemas mentales, principalmente los asociados a patologías psiquiátricas tales como personalidad límite y psicopatía. Finalmente tenemos a la cultura, ya que es a través de ésta y de las normas religiosas, que se regula la tendencia a la agresión; situaciones como el uso instrumental de la violencia (que se refiere a aquella violencia ejercida para alcanzar una meta diferente a la violencia misma, como la violencia política o la relacionada al narcotráfico (Buvinic et al., 1999)), la justificación de la tortura, la desigualdad genérica y social, etc.; pueden hacer a la población más propensa a perpetrar y vivenciar la violencia (Londoño & Guerrero, 2000).

Aunque como ya vimos, la violencia se hunde en profundas raíces, fue hasta 1996 durante la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, que se aprobó una resolución en la que se declaró a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, despojando así, de la responsabilidad total para atenderla al grupo político e incluyendo a la población ocupada de la salud (WHO, 2002; Lozano et al., 2006; Olaiz et al., 2006).

De acuerdo con Concha (2002), la violencia es un problema de salud pública porque: 1) Produce altas tasas de mortalidad y morbilidad (Buvinic et al., 1999), que

se concentran especialmente en tres grupos: menores, jóvenes y mujeres; 2) Implica elevados gastos en cuanto a atención médica, no sólo en términos monetarios, sino en términos de capital humano; 3) No sólo afecta a un individuo aislado, afecta a todo aquel que interactúa de alguna manera con el individuo y genera efectos negativos económicos, sociales y psicológicos de corto, mediano y largo plazo; 4) Afecta negativamente el desarrollo social y económico de sociedades enteras y; 5) Merma la calidad de vida de los individuos afectando la cotidianidad de la comunidad, el derecho a disfrutar, a moverse con seguridad y a hacer uso de los bienes públicos.

Aun cuando todos tenemos contacto cercano con la violencia, hablar de ésta representa conflictos seguros, ¿por qué? Tal vez porque continúa siendo un tema tabú, al igual que el sexo, la política y la religión. Y es que la violencia incluye a los anteriores y suma otros elementos de los que, para algunos, puede resultar incómodo hablar. Existe la violencia sexual, un ejemplo es el de la mutilación genital femenina (MGF); en el mundo viven alrededor de 200 millones de mujeres y niñas que han sido objeto de esta práctica (UNICEF, 2016). Si ligamos la violencia a la política inmediatamente viene a la mente una larga lista de actos violentos perpetrados por los grupos de poder hacia la población civil, pongamos el caso de Haití durante el gobierno de Jean Claude Duvalier (Heinl, et al., 2005). Finalmente, religión, otro de los temas tabú ligados ampliamente a la violencia, hablaremos del terrorismo a manos del grupo Boko Haram, quienes cometen asesinatos multitudinarios, secuestros y violaciones en nombre de su Dios. Como podemos notar, hablar de violencia es un asunto que requiere tolerancia, aceptación, paciencia y disposición para aceptar que lo que creemos y hacemos, quizás este ayudando a perpetuar la omnipresencia de la violencia.

Lo anterior es un ejemplo claro de la dificultad que representa llegar a un entendimiento total de la violencia, puesto que es un fenómeno multidimensional, multifacético (Buvinic et al., 1999; Araujo et al., 2000) y multicausal (Concha, 2002; Olaiz et al., 2006; Del Río & Santaella, 2009) y en ausencia de equi-causalidad, cada situación generará una definición distinta de violencia. Para alcanzar el



entendimiento de la pluricausalidad de la violencia, se han postulado diversas teorías, de entre ellas destaca el Modelo Ecológico de la violencia extraído del Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner, expuesto en el Informe mundial sobre la violencia y la salud (WHO, 2002), dicho modelo permite identificar aquellos factores que influyen en el intento o consumación de los actos violentos, clasificándolos en cuatro niveles (ver Ilustración 1):

- 1) Primer Nivel: Individuo. Incluye los factores biológicos y de la historia de vida del individuo, que influyen en su comportamiento de víctima o victimario; entre los que se cuentan diversas características demográficas (edad, nivel educativo, ingresos, etc.), trastornos psiquiátricos o de personalidad, drogodependencias y antecedentes de haber sufrido o ejecutado actos violentos (Olaiz et al., 2006; Del Río & Santaella, 2009).
- 2) Segundo Nivel: Relacional. Se habla de las formas de interacción del individuo con los demás, sean éstos familia, amigos, superiores, subordinados, etc., y de la manera en que éstas relaciones pueden desembocar en actos violentos, ya sea porque el individuo se involucre con perpetradores o víctimas y esto lo conduzca a comportarse de la misma manera (WHO, 2002). Se refiere también a las relaciones familiares autoritarias que se desarrollan mediante el control del poder masculino (Del Río & Santaella, 2009).
- 3) Tercer Nivel: Comunitario. Se refiere a la exploración de las características de los ambientes/contextos en los cuales se dan las relaciones sociales del individuo, como la escuela, el trabajo y la comunidad, y que potencien interacciones violentas (WHO, 2002). Incluye la influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que promueven el aislamiento de la víctima, la falta de apoyo social y la tolerancia y legitimación de la violencia (Del Río & Santaella, 2009). Aquí se incluyen como potenciadores de la violencia aquellos factores institucionales adversos que llevan a la ciudadanía a perder credibilidad en las instituciones encargadas de procurar justicia y disminuir la violencia (Concha, 2002).

4) Cuarto Nivel: Sociedad. Este nivel abarca el estudio de las condiciones y características de la sociedad en la que habita el individuo y las maneras en que esta sociedad contribuye a crear climas en los que se alienta o inhibe la violencia (WHO, 2002). Relacionado con los mecanismos de poder que articulan y refuerzan el ejercicio desequilibrado del mismo (Del Río & Santaella, 2009). Se distinguen factores relacionados con la desigualdad social, la pobreza, el nivel de desarrollo, la falta de oportunidades, la desaparición de los valores humanos, la corrupción, la urbanización sin planeación y los drásticos cambios demográficos (Concha, 2002).



Ilustración 1 Modelo ecológico de la Violencia. WHO, 2002

Derivado del modelo anterior, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002) planteó un modelo de prevención de la violencia que contiene las siguientes líneas de acción, una para cada nivel:

- 1) Nivel Individual. Se debe hacer frente a los factores de riesgo individuales, tomando medidas para modificarlos.
- 2) Nivel Relacional. Se debe influir en las relaciones personales más cercanas del individuo y trabajar creando entornos familiares saludables, brindando ayuda profesional a las familias disfuncionales.
- 3) Nivel Comunitario. Corresponde casi completamente a las instancias que procuran justicia, tiene que ver con la vigilancia de los espacios (excluyendo

el hogar) en donde puede perpetrarse la violencia y tomar medidas para hacer frente a este problema mediante vías asertivas y pro-sociales.

- 4) Nivel de la Sociedad. Busca la modificación de las prácticas y creencias culturales adversas que fomenten el desequilibrio del poder y conlleven a situaciones de violencia, tales como la desigualdad de género y la desigualdad económica.

En el ámbito epidemiológico tenemos tres niveles de prevención: Primario, Secundario y Terciario, para el caso específico de la prevención de la violencia, el Informe mundial sobre la violencia y la salud ([WHO, 2002](#)), propone lo siguiente en cada nivel:

- 1) Prevención Primaria. Se refiere a todas aquellas acciones realizadas con la intencionalidad de prevenir la violencia antes de ocurra. Por ejemplo: brindar cursos o talleres en los que se les enseñe a los niños a detectar la violencia y se les capacite para que no la reproduzcan.
- 2) Prevención Secundaria. Centrada en las respuestas inmediatas ante la violencia, como la intervención policiaca y los servicios médicos de urgencia. Aun cuando la prevención secundaria es sumamente valiosa y en la gran mayoría de los casos contribuye a salvar vidas, un gran número de la población desconoce sus alcances, como ejemplo, tenemos la atención obligatoria que todas las víctimas de violación deben recibir después de perpetrado el acto. En México, toda víctima de violación tiene derecho, en caso de ser mujer en edad reproductiva a que le sea administrada la anticoncepción de emergencia (en caso de que así lo quiera) y a que se le administre el coctel de fármacos (profilaxis) para erradicar ITS y VIH SIDA, para el caso de varones y niñas (que no alcancen la edad reproductiva), solo es obligatoria la profilaxis ([Morales & Hidalgo, 2004](#)). Aquí se incluye la atención psicológica que las víctimas reciben durante el primer contacto con los servicios médicos.
- 3) Prevención terciaria. Son las intervenciones centradas en la atención prolongada a las víctimas, incluyen rehabilitación y reintegración social. En

este tipo de intervenciones se incluyen los tratamientos psicológicos enfocados a trabajar con los traumas derivados del acto violento.

Para cada uno de los tres niveles de prevención se pueden desarrollar e instrumentar diferentes intervenciones, entre las principales tenemos las tres propuestas siguientes (WHO, 2002): Prevención Primaria-Intervenciones Generales. Dirigidas a la población en general sin considerar el riesgo individual, tienen el objetivo de educar para prevenir. Prevención Secundaria-Intervenciones Seleccionadas. Dirigidas a las personas que se hayan en riesgo de ser víctimas o victimarios. Prevención Terciaria-Intervenciones Indicadas. Dirigidas a las personas con antecedentes de comportamiento violento.

Prevenir la violencia, al igual que combatirla, requiere de una acción a gran escala en la que se puedan fragmentar los factores intervinientes para ser tratados de forma individual y se vayan integrando paulatinamente, hasta lograr homogeneidad en los nuevos esquemas sin violencia.

Con base en lo anterior, podemos establecer que la violencia es un asunto complejo, que requiere para su atención y solución, de la participación de todos los actores que en ella intervienen; es decir, de la sociedad entera, ya que como se ha descrito antes, todos somos partícipes de una u otra manera de esta trágica puesta en escena.

## **1.2 Tipología de la Violencia**

El comportamiento violento se da en contextos de interacciones entre víctimas y victimarios, en donde la protección no concuerda necesariamente con una clara delimitación de espacios; lo que vuelve difícil brindar una clasificación exhaustiva. Una primera categoría surge de la distinción entre el acto violento en sí mismo y lo que se considera como tal; muchos actos violentos no son siquiera reconocidos como tales. Otra distinción surge entre acto violento y delito; el delito está claramente tipificado en las leyes, así que un acto violento no necesariamente es un delito, hasta que esté dentro de una ley que le dé visibilidad (Londoño & Guerrero, 2000).

La violencia puede clasificarse según la víctima: contra los menores, la pareja, los adultos mayores, etc.; según la naturaleza de la agresión: física, psicológica, sexual, económica, etc.; de acuerdo con el motivo: política, racial, religiosa, etc.; dependiendo del sitio en que ocurre: doméstica (familiar), colectiva (urbana), laboral, escolar, etc. o; con base en la intencionalidad: violencia intencional (implica la intención de causar daño, a otros o a sí mismo) y violencia no intencional (incluye los actos en donde el daño no es resultado de una intención previa; es decir que no hubo planeación, puede incluir la autodefensa) (Buvinic et al., 1999; Londoño & Guerrero, 2000).

En el presente trabajo se emplea la clasificación del Informe mundial sobre la violencia y la salud (WHO, 2002), el cual divide a la violencia en tres categorías según el autor del acto: Violencia Interpersonal, Violencia Autoinfligida y Violencia Colectiva. Estas tres categorías, a su vez contienen subcategorías como podemos apreciar en la Ilustración 2.

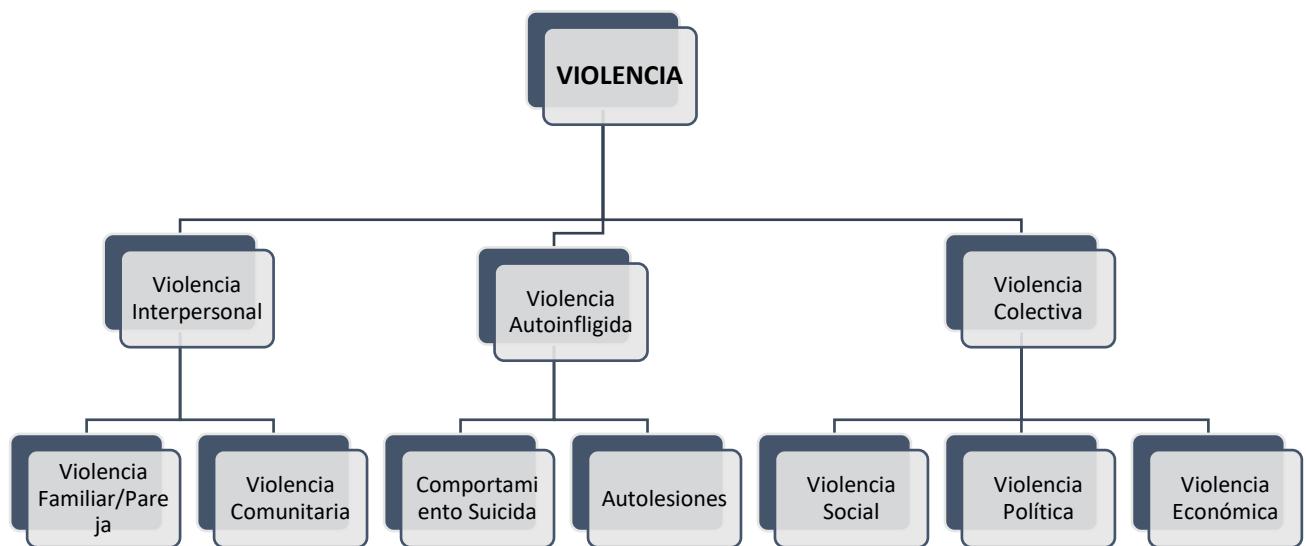


Ilustración 2 Tipología de la Violencia

### 1.2.1 Violencia Interpersonal

Este tipo de violencia se subdivide en dos categorías: Violencia Familiar y Violencia Comunitaria, abarcando todo tipo de actos violentos perpetrados cara a cara en cualquiera de estos dos entornos (la familia y la comunidad). Su manifestación difiere notablemente en cada sociedad (pues depende en gran medida de las prácticas culturales). Cifras de la OMS ([WHO, 2002](#)) reportan que tan solo en el año 2000, aproximadamente 520 000 personas murieron a causa de este tipo de violencia. Aun cuando cada persona manifiesta y vive la violencia de una manera particular, existen diversos factores de riesgo comunes a todas las formas de violencia interpersonal, de entre estos destacan; haber crecido en un hogar violento o roto, drogodependencias, aislamiento social, rigidez en los roles de género, pobreza, desigualdad económica, insuficiente control de impulsos y baja autoestima.

#### 1.2.1.1 Violencia Familiar

Dentro del proceso de desarrollo de una familia, es normal que se presenten crisis evolutivas en los integrantes por separado y en el sistema; estas situaciones se vuelven problemáticas cuando la familia se ve rebasada en su capacidad para responder ante las demandas de la situación; lo que genera estrés y tensión en todo el sistema y puede desencadenar conductas inadecuadas como la violencia familiar ([Straus, 1979](#); [Sierra et al., 2006](#)), que se define como toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros, que de forma permanente ocasiona daño físico, psicológico, sexual, económico o patrimonial a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar ([Palacio, 1993](#); [en Almenares et al, 1999](#)); por lo tanto, la violencia familiar es el resultado de un complejo conjunto de procesos (como la historia personal de cada miembro de la familia, el medio ambiente en el que se mueve el sistema, los valores culturales, los modos de interacción, etc.) que dejan en las personas secuelas irreversibles, asociadas en diversas ocasiones a severos daños neuro-psicológicos ([Obando, 2007](#)).

Esta violencia se ha empezado a reconocer hace poco; aun cuando ésta haya estado presente desde la antigüedad. En 1985, se encontraron momias de aproximadamente 3 000 años, los estudios señalan en las momias pertenecientes al género femenino, una mayor incidencia de fracturas, que, según el análisis, eran resultado de *violencia en tiempo de paz*; o lo que es lo mismo, violencia en el hogar (Ulloa, 1996). De acuerdo con Corsi (2010), es debido a la visión sesgada de la realidad familiar, que se ha retrasado su comprensión como un entorno potencialmente peligroso para muchos individuos. Este tipo de violencia se da entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, generalmente ocurre dentro del hogar, aunque no exclusivamente (WHO, 2002; Suárez y Menkes, 2006), toma muchas formas, es universal y genera daños serios, múltiples y dolorosos sobre las víctimas (Alvarado et al., 1998; Quirós, 2002; Secades, 2002).

Siguiendo a Concha (2002), dentro del 20 y el 60% de los hogares alrededor del mundo, se ejerce violencia contra los menores, las mujeres y los adultos mayores. Esta situación es especialmente difícil debido al postulado de que es en la familia en dónde se aprenden las maneras de comportarse en el exterior; sin embargo, resulta conveniente resaltar que no todo niño expuesto a situaciones de violencia se convertirá en un agresor (Yawn et al., 1992), esto, siempre y cuando sea expuesto en algún momento de su vida a un entorno diferente, en donde la violencia no sea el común denominador, a esto último se le conoce como resiliencia.

La violencia familiar afecta principalmente a las mujeres, a los menores y a los adultos mayores, ya sea por su condición de género, edad, posición de subordinación (relacionado al poder) y/o capacidad (Yawn, 1992; Alvarado et al., 1998; Araujo et al., 2000; Quirós, 2002; Lozano et al., 2006; Del Río & Santaella, 2009). La relación que se establece entre agredidos y agresores es muy importante para distinguir esta violencia de otras (Secades, 2002), puesto que ésta se ejerce principalmente contra grupos vulnerables sobre los que se tiene un poder especial de control directo. Es debido a que las mujeres son las principales víctimas de la violencia en el campo de lo privado y, a que los hombres son sus principales

perpetradores; que la violencia familiar, se ha abordado en los últimos años desde una perspectiva de género (Pineda & Otero, 2004).

En nuestro país, en el año 2000, la Secretaría de Salud presentó la Norma Oficial Mexicana con los criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSAI-1999). Dicha norma establece la forma en que deben ser atendidas las víctimas de la violencia familiar por parte del sector salud, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales. En 2004, se publicó el Manual operativo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (Lozano et al., 2006), debido a que en diversas Instituciones de Salud Pública se identificó a la Violencia Familiar como el tercer tipo de violencia más frecuente, solo después de las peleas callejeras y los asaltos (Ramírez, 2006). En la Norma Mexicana denominada “Prestación de Servicios de salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar” (NOM-190-SSA1-1999), se define a la violencia familiar como:

*“El acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono” (Secades, 2002 pág. 12).*

En la NOM-046-SSA2-2005: Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres; la violencia familiar se define como:

*“El acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurran” (Olaiz et al., 2006 pág. 13).*

En las definiciones anteriores, la violencia familiar abarca todo tipo de conducta violenta, perpetrada dentro del contexto familiar, no limitado al espacio físico. Una definición más, la aporta Jorge Corsi, quién entiende la violencia familiar como:



*“Una de las formas de violencia de género [violencia estructural que se dirige a las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino] que se desarrolla en el espacio doméstico, [el cual se entiende como el] espacio delimitado por las interacciones en contextos privados; [cuyas] consecuencias son siempre un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida” (Corsi, 2010 pág. 2).*

En la definición de Jorge Corsi, podemos notar una fuerte inclinación hacia el género y las relaciones de poder que se establecen derivadas de este concepto; sin embargo, este autor hace una diferenciación entre violencia doméstica basada en el género (que sólo incluye formas de atentar contra la mujer) y violencia doméstica basada en la generación (que se refiere a los actos violentos perpetrados en contra de los menores y los adultos mayores). Por su parte, [Knaul & Ramírez \(2003\)](#) ofrecen la siguiente definición de Violencia Familiar:

*“El uso de la fuerza física y/o moral contra niños, niñas y adolescentes, incluyendo actos de intimidación y abuso emocional, físico y sexual” (Knaul & Ramírez, 2003 pág. 69).*

Esta última definición se aproxima a la primera, solo que es más breve, aunque más explícita sobre los grupos vulnerables.

La violencia familiar se caracteriza por un patrón de conductas coercitivas de abuso que incluye: maltrato, golpes, insultos, abuso psicológico, violación, privación social e intimidación entre otros ([Yawn et al., 1992](#)). Se presenta como uno de los más graves obstáculos para el desarrollo humano; ya que genera severas consecuencias en el potencial vital y avanza de generación en generación ([Buvinic et al., 1999](#); [Quirós, 2002](#); [Knaul & Ramírez, 2003](#); [Ortega et al., 2005](#); [Sierra et al., 2006](#)). Además, se sitúa como un asunto de aprendizaje ([Del Río & Santaella, 2009](#)), al respecto [Buvinic et al. \(1999\)](#) mencionan que la primera oportunidad de aprendizaje del comportamiento violento es en la familia, por lo cual, hablar de este tipo de violencia, implica a hablar de relaciones violentas que van desde la infancia,

hasta la edad adulta. [Knaul & Ramírez \(2003\)](#) en un estudio realizado con población mexicana, hallaron una correlación entre haber sufrido maltrato durante la infancia y vivir en un hogar violento durante la adultez; lo que apoya la teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia.

La violencia familiar es un proceso en el que participan múltiples actores (Incluso los que se hallan fuera de la familia), se construye colectivamente en el tiempo (apoyada por las premisas culturales) y tiene sus propios patrones de reproducción; además es dinámica y fluctuante, se manifiesta como la principal consecuencia del mal funcionamiento relacional de la familia ([Sierra et al., 2006](#)), puede ser instrumental y/o emocional (referida a la violencia expresiva u hostil cuya única meta es causar daño) ([Buvinic et al., 1999](#)) y puede ocurrir de vez en cuando o todo el tiempo ([PAT, 2004](#)). Es considerada como una forma de violencia social, porque es una expresión de las relaciones sociales que acontecen en el nivel privado/familiar ([Almenares et al., 1999](#); [Buvinic et al., 1999](#)), es en este contexto privado en el que esta violencia se perpetua, pues dentro de las cuatro paredes del hogar la violencia familiar puede verse justificada y tolerada, ya que se basa en el entendimiento de que no se debe intervenir sobre lo que pasa dentro del hogar ([Del Río & Santaella, 2009](#)). Esta violencia es camaleónica, se camufla perfectamente bajo aquellas conductas que parecen normales y empiezan a pasar desapercibidas. Además, el problema no solo implica la transmisión de la violencia de generación en generación, sino del hogar a la calle ([Corsi, 2010](#)). Específicamente en México, diversos patrones culturales establecen a la violencia como una forma normal de convivencia, por esta razón, un gran número de agresores y agredidos no consideran que sus interacciones sean violentas, lo que perpetua su reproducción ([Secades, 2002](#)).

Según [Ulloa \(1996\)](#), es posible que los mismos factores que sostienen a las familias sanas, sean los que sostienen a las familias violentas. De acuerdo con [Straus \(1979\)](#), existen tres tipos diferentes de situaciones problemáticas que pueden fungir como desencadenantes de la conducta violenta familiar: 1) el conflicto de intereses, el cual se presenta cuando los miembros del grupo familiar difieren en cuanto a

pensamientos, sentimientos u ocupaciones, lo que pareciera irreconciliable; 2) conflicto, que se refiere a cualquier confusión que surge dentro de la comunicación y; 3) hostilidad, cuando por cualquier circunstancia, los miembros de la familia experimentan antipatía o disgusto unos con otros, la hostilidad puede desatar o ser resultado del conflicto.

Es difícil reconocer que existe la violencia familiar, especialmente en nuestra sociedad, en la cual se entiende a la familia como el sostén y grupo protector por excelencia; es difícil reconocer que este sostén sea un arma de doble filo que, en ocasiones brinde *apoyo* y, en otras más destruya. [Secades \(2002\)](#) menciona que es complicado asociar dos conceptos que pueden parecer tan desiguales como la violencia y la familia, puesto que la violencia familiar entraña dos significados racionales y emocionales opuestos; lo lejano con lo cercano, lo desagradable con lo grato, el miedo con la tranquilidad, la inseguridad con la protección, etc.

Esta violencia genera múltiples y severos efectos; el individuo se ve principalmente dañado en tres áreas: comportamiento, afecto y pensamiento; que se manifiestan como: cogniciones sociales alteradas, baja autoestima, falta de empatía, depresión, estrés postraumático (pesadillas con contenido violento, aumento de la angustia ante la re-experimentación y el recuerdo de eventos asociados a los episodios violentos), agresividad, problemas de conducta, dificultades de aprendizaje, inhibición emocional, conducta regresiva e irritabilidad. A largo plazo, las consecuencias se asocian a drogodependencias, trastornos de personalidad, desordenes afectivos y conducta criminal ([Ulloa, 1996](#); [Buvinic et al., 1999](#); [Ramírez, 2006](#)). Aun dicho lo anterior, no existe un tipo de psicopatología específica que identifique a las víctimas de maltrato, las características de los sujetos maltratados variarán de acuerdo a la cantidad de apoyo social percibido, al nivel de inteligencia, la herencia, la naturaleza del maltrato, el sexo del individuo, la edad en la que el maltrato comenzó y la duración del mismo, entre otros factores ([Ulloa, 1996](#); [Quirós, 2002](#)).

[Quirós \(2002\)](#), establece cuatro importantes áreas de daño en las personas afectadas por la violencia intrafamiliar:

- La Confianza. Las personas inmersas en situaciones de violencia familiar aprenden que, si no pueden confiar en los miembros de su familia, menos pueden confiar en los demás. Además, se ve afectada la auto-confianza, pues se saben incapaces de resolver la situación de violencia.
- La imagen y el valor del sí mismo. Las personas comienzan a creer que no valen nada para nadie, por eso son maltratadas y merecen más violencia.
- El cuerpo, los deseos y el placer. El cuerpo se percibe como desconocido y fragmentado, como un cuerpo ajeno, exclusivamente al servicio del otro; sea para violentarlo física o sexualmente, motivo por el cual se es incapaz de experimentar deseo o placer.
- La capacidad de controlar el mundo. Debido a la larga historia dentro del núcleo violento, la persona se percibe incapaz e impotente.

Los efectos de este tipo de violencia se manifiestan a corto, mediano y largo plazo y, aunque los más impactantes sean los derivados de la violencia física (porque se pueden observar directamente), existen otros aún más severos, como los que resultan de la violencia psicológica. Estos efectos (cefalea, insomnio, somnolencia, depresión, cansancio, dolor abdominal, cambio de carácter, inseguridad, olvidos recurrentes, etc.), tienden a confundirse con los de otros problemas de salud (Buvinic et al., 1999; Ramírez, 2006). Los múltiples y devastadores efectos de la violencia familiar, impactan no sólo a nivel individual, sino a nivel social; generando así una problemática pública que requiere tratamientos preventivos efectivos y eficaces que promuevan la comunicación en la familia, que se logra mediante la implementación de mecanismos que eliminen prejuicios, costumbres tradiciones y prácticas culturales que lleven a la generación y al mantenimiento de la violencia (Sierra et al., 2006).

A continuación, se describe la violencia familiar en cada uno de los grupos que afecta: a los menores, a las mujeres y a los adultos mayores.

## I. Violencia contra los menores

Desde el inicio del tiempo los niños han sido víctimas de diversas formas de violencia (Ortega et al., 2005; Lozano et al., 2006). Como resultado del maltrato infantil, existen algunas leyes de protección a los menores que datan del año 450 a.C. Sin embargo, este tipo de maltrato comenzó a ser reconocido formalmente hasta el siglo XX, cuando el 1962 el Psiquiatra Henry Kempe, junto a sus colaboradores, describió el síndrome del niño golpeado (Gelles, 2001).

La violencia infantil es multifactorial, pues convergen factores individuales, de personalidad, de interacción familiar, socioeconómicos y culturales (Sierra et al., 2006). La gravedad principal de este tipo de violencia recae en su papel reproductivo; (es decir, el menor, al verse inmerso en un ambiente violento, tenderá a reproducir el patrón) y en su papel frenador del desarrollo integral del menor (Concha, 2002; PAT, 2004; Barcelata & Álvarez, 2005; Ortega et al., 2005; Corsi, 2010). La violencia no se da por generación espontánea, es el resultado de un proceso de educación; el menor que observa y vivencia la violencia cuando es pequeño tiene cuatro opciones cuando es adolescente: puede imitarla, evitarla, asimilarla o combatirla (Concha, 2002); sin embargo, sin redes de apoyo sólidas, lo más probable es que opte por imitarla, quizás esa sea una de las razones por las cuales la violencia va en aumento. El maltrato hacia los menores se define como:

*“Toda acción u omisión de parte de un sujeto individual o colectivo, que violente el derecho de cualquier persona menor de edad a crecer y desarrollarse, independientemente de que tal omisión sea producto de negligencia, ignorancia o incapacidad, ocurra en la intimidad del domicilio familiar o en un ámbito más amplio de la sociedad. Estas acciones u omisiones, interfieren en el crecimiento y desarrollo físico, psíquico y sexual del menor” (Grillo, 2012 pág. 28).*

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ofrece la siguiente definición de maltrato infantil:

*“El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Lozano et al., 2006 pág. 20).*

Se estima que en América Latina y el Caribe existen alrededor de seis millones de menores sufriendo violencia grave; en esta misma región mueren al año aproximadamente 80 mil menores a causa de la violencia intrafamiliar (Buvinic et al., 1999; Knaul & Ramírez, 2003). En esta región, el maltrato infantil es la principal razón que lleva a los menores a vivir en la calle, lo que conlleva al posterior consumo y abuso de alcohol y sustancias psicoactivas (Juan, 2013). Tan solo en la Ciudad de México, se estima que más de un millón de menores son víctimas de violencia (Knaul & Ramírez, 2003); a nivel nacional, el Estado con mayor índice de violencia contra los menores es el Estado de México con un 75% aproximadamente (CONAPO, 2017).

La edad en la que los menores se encuentran en mayor riesgo de sufrir maltrato es entre los 10 y los 14 años, la edad de menor prevalencia es entre los 0 y los 4 años. Los actos más frecuentes de violencia son los golpes con las manos o algún otro instrumento como palos de escoba y cables, pudiendo provocar fractura de huesos, quemaduras y/o cortaduras; después de los golpes está el abandono, la privación y el menosprecio de sus capacidades e imagen. El maltrato es derivado principalmente del mal comportamiento del menor, aunado a la negligencia y a la intolerancia por parte de los cuidadores. Además, se ha relacionado el tiempo libre de los menores con un índice más alto de maltrato (Sierra et al., 2006).

En este campo, se ha encontrado que las madres son las principales perpetradoras de violencia contra los hijos, entre las principales causas de fenómeno están: la maternidad obligada; la baja escolaridad de la madre (que limita sus recursos intelectuales para enfrentar sus problemáticas) (Barcelata & Álvarez, 2005); que la madre es quien se encarga en mayor medida de la crianza (a veces es la única); tiene expectativas poco realistas sobre el hijo (expectativas que no contribuye a

alcanzar). A lo anterior, se le suma que la madre puede encontrarse estresada y aislada socialmente por las restricciones del esposo o la pareja sentimental; tiene escaso control de impulsos que puede agudizarse mediante el abuso de sustancias; tiene historia de maltrato infantil (lo que le incapacita a visualizar otros métodos de crianza); se percibe sin redes de apoyo y/o padece algún trastorno emocional. Esto, aunado a la situación de pobreza; de tal manera que, la agresión hacia los hijos se vuelve un reflejo emocional de la agresión vivenciada por la mujer (Ulloa, 1996; INMUJERES, 2002; WHO, 2002; Barcelata & Álvarez, 2005; Ortega, 2005; Sierra et al., 2006; Lozano et al., 2006; Suárez y Menkes, 2006; Larraín y Bascuñán, 2008), lo que pone en evidencia que la madre también ejerce relaciones desiguales de poder. Otra teoría al respecto, sostiene que cuando la madre y el hijo tienen problemas con el vínculo de apego, no desarrollarán vínculos de amor profundo, estable ni duradero. De tal forma, que la madre será incapaz de percibir y, por ende, de satisfacer las necesidades de su hijo (Ulloa, 1996).

Para reforzar lo anterior, se presentan los resultados de un estudio realizado por Barcelata y Álvarez (2005), en el cual se investigaron los patrones de interacción familiar de trece madres y ocho padres mexicanos generadores de violencia, valorados mediante entrevistas semiestructuradas: el 100% de los padres que golpean a sus hijos provienen de familias en las que se empleó el castigo físico como medida correctiva; el 86% provenía de familias en las que al menos uno de los progenitores era alcohólico; el 50% reportó crisis con la familia de origen debido a languidez de las redes de apoyo establecidas; el 76% de las madres reporto problemas con los hijos a causa de las expectativas no cumplidas. Lo anterior es un reflejo de la transmisión intergeneracional de la violencia; que refiere que las víctimas de padres agresivos, que viven en ambientes de escaso o nulo apoyo, recurrirán frecuentemente a expresiones de violencia reactiva o proactiva (Ortega et al., 2005; Del Río & Santaella, 2009), estas expresiones pueden darse en casa (con los hermanos u otros familiares generalmente más pequeños) o con los pares (en la escuela o la comunidad), lo que invitaría a otros tipos de violencia como la escolar o la comunitaria.

Los niños violentados generalmente tienden a culparse cada vez que los padres están enojados, lo que les lleva a considerarse en muchos casos, culpables de la violencia y responsables de la seguridad de la madre, viviendo con miedo y ansiedad, esperando el próximo episodio violento; para el caso de los adolescentes, la situación es diferente, pues éstos generalmente culpan a la madre de la violencia e incluso, pueden llegar a perpetrar actos violentos en contra de ésta (Ulloa, 1996).

## Niños

El maltrato a los niños se evidencia alrededor del mundo como una de las peores y más crueles prácticas; sin embargo, estas prácticas crueles, son perpetradas en muchos hogares y normalizadas bajo la capa de la educación, que legitima el uso del castigo físico y del maltrato emocional como parte de las estrategias de crianza, siempre y cuando éste no sea excesivo (Lozano et al., 2006); este maltrato se ha evidenciado como una de las principales causas que motivan a los menores a salir de su hogar (Knaul & Ramírez, 2003).

Derivado de los actos de maltrato infantil, algunos niños presentan problemas de conducta agresiva desde la primera infancia, que van agudizándose al entrar en la adolescencia y llegan a persistir incluso en la vida adulta. El hecho de haber sufrido castigos físicos severos, haber presenciado actos de violencia en el hogar, la falta de supervisión, vigilancia y cariño por parte de los padres y la asociación con personas que perpetren la violencia (más otros factores como la drogodependencia y la vulnerabilidad económica) conduce a los niños reproducir la violencia, generando un círculo vicioso (Ulloa, 1996; WHO, 2002; Suárez y Menkes, 2006).

Entre los factores individuales que favorecen el maltrato infantil se encuentran como principales la edad y el sexo. Por lo general, entre más pequeño sea el niño, corre más riesgo de maltrato físico; mientras que los mayores corren más riesgo de sufrir abuso sexual. En cuanto al sexo, se ha reportado que los varones sufren golpes y castigos físicos más frecuentemente que las mujeres, éstas son víctimas en mayor medida de infanticidio, abuso y explotación sexual, además de abandono (WHO, 2002; Larraín y Bascuñán, 2008). Los factores culturales se refieren a las pautas sociales y culturales de la familia en la que vive el menor, por ejemplo; la aceptación



del castigo físico como método para educar al niño, práctica que se fortalece al desacreditar otros métodos como la caricia, el reconocimiento y el halago (Gilchrist, 1991). Otro factor similar, se refiere a la creencia de que el hijo es propiedad de los padres, motivo por el cual éstos pueden hacer lo que quieran con sus hijos (Ulloa, 1996). Dentro de los factores socioeconómicos, se halla la insuficiencia de recursos que pueden favorecer la tensión y el incremento de la violencia dentro de la familia, de tal forma que, en muchas ocasiones, los niños son vistos como carga y motivo de incomodidad (Ulloa, 1996), lo que les convierte en el blanco perfecto para todo tipo de violencia.

Salzinger y colaboradores (1993; citado en Blechman et al., 1994), realizaron un estudio comparativo entre niños de 8 a 12 años, que habían o no sufrido abuso sexual. Encontraron que los niños víctimas de abuso sexual tenían estatus más bajos dentro de la escuela, les resultaba difícil establecer relaciones con sus pares, eran más agresivos y menos cooperativos, tenían más problemas con sus padres y maestros y se caracterizaban por ser insolentes y negativos. Fantuzzo y colaboradores (1991; citado en Blechman et al., 1994), reportaron que: los niños expuestos a conflictos parentales exclusivamente verbales, tenían un índice bajo de problemas de conducta; los problemas parentales verbales y con agresión física, se asociaban con niveles moderados de problemas conductuales e índices altos de problemas emocionales; los problemas parentales que incluían agresión verbal, física y severos problemas económicos, correlacionaban con niños con un alto índice de problemas conductuales y emocionales, y con mal funcionamiento general y una percepción negativa de aceptación por parte de los padres, lo que asociaba también con baja autoestima.

Grillo (2012), con base en el modelo de Finkelhor, plantea que existen cuatro precondiciones para que se dé el maltrato infantil:

1. Debe existir un abusador potencial, con una motivación para abusar.
2. Se deben desbloquear las inhibiciones internas del abusador potencial.
3. Se deben desbloquear las inhibiciones externas del abusador potencial.
4. Debe existir un individuo potencialmente vulnerable.

Estas precondiciones se cumplen fácilmente en entornos en los cuales la violencia ya se halla normalizada.

### Adolescentes

Los adolescentes son una de las poblaciones más vulnerables hacia la violencia familiar, debido a su dependencia física, afectiva, económica y social hacia los adultos encargados de su crianza (Suárez y Menkes, 2006).

La adolescencia puede, para muchos jóvenes, marcar el inicio de las relaciones violentas o perpetrarlas, ¿debido a qué?, a que en la adolescencia se inician las relaciones románticas. En esta etapa, muchos jóvenes violentados (especialmente varones) pueden irse de la casa e involucrarse con jóvenes violentos. Las adolescentes en esta misma situación, generalmente se hacen cargo de la crianza de los hermanos y de las tareas del hogar, con el objeto de mantener la paz. Suelen sentir que son las encargadas de velar por la seguridad de la madre y los hermanos y se quedan en casa, muchas otras prefieren irse con el primer hombre que les propone sacarlas de la casa y no violentarlas más, situación que en la mayoría de los casos es mentira, pues las sacan de un entorno violento para llevarlas a otro, que puede ser su primer acercamiento a la violencia sexual (Secades, 2002).

Al igual que los niños, los jóvenes con antecedentes de violencia familiar tienden a comprometerse en una amplia gama de comportamientos riesgosos, incluyendo los delictivos y el abuso de alcohol y drogas (Vicary & Lerner, 1986; Larraín y Bascuñán, 2008).

Suárez y Menkes (2006), realizaron una investigación mediante un cuestionario de autollenado, en cuanto a la percepción que los adolescentes mexicanos chiapanecos y potosinos tienen de la violencia familiar. Sus resultados fueron significativos y concluyentes. De una muestra de 5 982 adolescentes (de entre 13 y 19 años de edad) un 11% de los adolescentes varones encuestados en ambos estados, concluyó que está de acuerdo con golpear a una mujer durante un conflicto familiar con ella; el 2.7% de las adolescentes chiapanecas aceptarían estos golpes, al igual que el 1.6% de las adolescentes potosinas. Dentro de esta encuesta, los

factores asociados como aceleradores de la violencia hacia los adolescentes fueron: el género (las adolescentes y los varones homosexuales están expuestos a mayor violencia en el hogar) y el consumo de alcohol y/o drogas por parte de los adolescentes y/o de los padres. Como se puede apreciar, aún en la actualidad es fácil ver como la violencia es aceptada como parte normal de las relaciones interpersonales.

Dentro de los principales efectos de esta violencia están, el deterioro del rendimiento escolar del menor (si es que éste asiste a la escuela), depresión, anhedonia (aplanamiento emocional), desorganización conductual, hipervigilancia, dificultades en el establecimiento de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, conducta antisocial y trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Buvinic et al., 1999; Concha, 2002).

## II. Violencia contra la Pareja

*“Se dice que todos nacemos con una estrella, en las noches cada vez que miro al cielo pregunto: ¿cuál de ellas será mi estrella para cambiarla por otra?”*

*Mujer quechua afectada por la violencia Intrafamiliar (Secades, 2002 pág. 8)*

Cualquier situación en la que a una mujer se le provoca daño, se le coloca en alguna posición de peligro o se le controla o trata de controlar desde una posición de poder, es considerada violencia (Yawn et al., 1992).

Diversos autores sostienen que en ninguna sociedad las mujeres estamos seguras o somos tratadas igual que los hombres, la inseguridad personal nos persigue, y desde la cuna, hasta la vida adulta, tenemos más posibilidades de ser abusadas por nuestro género (INMUJERES, 2002; Quirós, 2002; Waldrop & Resick, 2004; Suárez y Menkes, 2006; CONAPO, 2017). Según Walker (1991), a las mujeres se nos enseña que el valor de nuestra vida, depende de nuestra belleza física y atractivo; estableciendo una relación directamente proporcional entre belleza y facilidad para conseguir lo que queremos; situación que refuerza nuestra posición como víctimas.

Alrededor del mundo, al menos una de cada tres mujeres ha sido abusada física o sexualmente durante su vida (PAT, 2004). La violencia contra la mujer dentro del hogar, mejor conocida como violencia de pareja o de género (Pámanes, et al., 2007), incluye todo tipo de agresiones físicas, relaciones sexuales forzadas, maltrato psicológico y comportamientos controladores que pueden ser de tipo económico, psíquico o patrimonial.

Este tipo de violencia resulta especialmente traumática porque está ligada a la relación con el otro, ese otro que debería proporcionar cariño y seguridad y que, en su lugar, violenta el espacio mental, familiar y corporal (Sierra et al., 2006). Es bien sabido que los actos de violencia perpetrados hacia las mujeres no se limitan a un solo tipo de la misma, además, son situaciones prolongadas en el tiempo. La forma extrema de violencia hacia la mujer, es la violencia feminicida, que se define como:

*“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” (Juan, 2013 pág. 29).*

Para la mayoría de las mujeres, la violencia no inicia cuando son adultas; ésta ya tiene antecedentes desde la infancia, sea por el empleo del maltrato como método de crianza, o por la sobreprotección, que impide que éstas fortalezcan sus recursos personales para afrontar el mundo y las prepara para vivir en relaciones verticales y autoritarias (Quirós, 2002; Olaiz et al., 2006; Pámanes et al., 2007). Acorde con Ramírez (2006), aproximadamente el 60% de las mujeres violentadas durante el matrimonio, sufrió el primer episodio de violencia en el noviazgo; una de cada cinco mujeres de secundaria reporta haber sido abusada física o sexualmente por su pareja (PAT, 2004).

La Organización Panamericana de la Salud (2004; citado en Obando, 2007), menciona que las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja, pierden alrededor de 9.5 años de vida saludable; hasta el 70% de las mujeres experimentan violencia física o sexual por parte de los hombres con quienes viven; entre las

mujeres de 15 a 44 años, la violencia causa más muertes y discapacidad que el cáncer, la malaria, los accidentes de tráfico y la guerra sumados (Juan, 2013). Datos arrojados por la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres ENVIM (Olaiz et al., 2006), señalan que la prevalencia nacional de violencia de pareja para el 2006 fue de 33.3%, de este total, solo el 12.7% busco apoyo; 11.6% de las mujeres con pareja, había sufrido una relación violenta; 3 de cada 10 mujeres en México sufren de este tipo de violencia, de éstas mujeres: el 28.5% ha sido víctima de violencia psicológica; el 16.5% de violencia física (de las cuales 1.2% reporto haber resultado fracturada, el 1% sufrió quemaduras, el 5.6% requirió de suturas, el 3.8% fue hospitalizada y el 0.7% fue intervenida quirúrgicamente) y; el 12.7% de violencia sexual (que resulto en 9.1% de mujeres que reportaron sangrado vaginal o anal a consecuencia de la agresión sexual). Los cinco estados con mayor prevalencia de violencia fueron el Estado de México (45.6%), Nayarit (39.6%), Quintana Roo (39.6%), Durango (37.6%) y Yucatán (36.2%); en el Estado de México se concentran los límites más altos de violencia psicológica y física, Sinaloa ocupa el primer lugar en violencia sexual.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH (INEGI, 2011), de 24 566 381 mujeres casadas o unidas de 15 y más años, 11 018 415 han vivido algún episodio de violencia o maltrato a lo largo de su vida conyugal; en el país, 8.1% de las mujeres violentadas por sus parejas han pensado en quitarse la vida, de éstas, 38.8% lo han intentado al menos una ocasión; 16.2% de las mujeres violentadas, han sufrido agresiones de gravedad, lo que representa un total de 1 785 469 víctimas. Como podemos notar y de acuerdo con Yawn et al. (1992), la violencia en contra de la mujer es un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones epidémicas.

Respecto a las estadísticas, autores como Castro & Riquer (2003) señalan que deben ser tomadas con cuidado y tan sólo como indicadores débiles, puesto que a menos de que se introduzcan índices que permitan distinguir la intensidad y frecuencia de la violencia, seguiremos teniendo un solo indicador de la misma, valor

en el cual no todas las mujeres que sufren violencia se incluyen, lo que altera drásticamente los datos.

Los desencadenantes de este tipo de violencia son similares alrededor del mundo, entre ellos destaca la desobediencia a la pareja; las discusiones por dinero (relacionado al nivel socioeconómico bajo) o por las amistades de la pareja; la facilidad para abusar de la víctima (que puede relacionarse con el grado educativo tanto de la víctima como del victimario; en una relación inversamente proporcional en donde a menor grado educativo los índices de violencia son potencialmente más altos y; la edad de la víctima, generalmente el abuso se concentra en víctimas de entre 15 y 44 años). Así como el estado civil (la violencia es mayor en parejas no casadas); no tener los alimentos preparados a tiempo y/o cómo le gustan a la pareja; que la pareja opine que las labores como ama de casa o esposa son insatisfactorias; que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales; sospechas de infidelidad; el número de hijos (el incremento en el número de hijos genera mayor violencia); antecedentes de violencia en la familia de la pareja, especialmente si éste vio como golpeaban a su madre; la condición laboral de la pareja (el hombre tiende a mostrarse más violento con la pareja si se encuentra desempleado) y el abuso de sustancias, entre otros (Buvinic et al., 1999; WHO, 2002; Castro & Riquer, 2003; Pámanes et al., 2007). Un factor más y recientemente mencionado, es la tolerancia que tiene la mujer al castigo físico como medio de resolver las disputas personales (Pámanes et al., 2007) y como resultado de sus antecedentes.

Aunque este tipo de violencia esta explícitamente dirigida a la pareja, en muchos casos se dirige también a los hijos, la familia política, los amigos e incluso los espectadores, esto como esfuerzo de mantener el control sobre la pareja (INMUJERES, 2003; PAT, 2004; Del Río & Santaella, 2009). La violencia hacia la mujer es especialmente alta en aquellas sociedades en las que existe un demarcado desequilibrio de poder entre géneros, pues el hombre se sostiene cómo aquel que tiene derecho de imponer su voluntad hacia los otros, especialmente hacia la pareja sin ser condenado. De acuerdo con Pineda & Otero (2004), las mujeres no somos las únicas víctimas del desequilibrio de poder que trae como consecuencia la

violencia, los hombres también lo son, pero de otro modo y, ante la impotencia para resolver esta inequidad, irrumpen violentamente con quien se halla por debajo de sí; que, en la mayoría de las ocasiones, es la mujer. Por lo cual, este tipo de violencia se entiende como una práctica social, mediada por interacciones desequilibradas de poder entre los géneros (Yawn, 1992; INMUJERES, 2002; Castro & Riquer, 2003; PAT, 2004; Ramírez, 2006; Obando, 2007; Del Río & Santaella, 2009), el problema en esencia no es la falta o posesión del poder, sino la dirección que éste toma, el móvil que persigue, que en la mayoría de los casos es la sumisión del otro y el control; es la direccionalidad del poder la que genera que los individuos dentro de las sociedades, las familias y las parejas; pasen de ser agredidos a ser agresores (Almenares et al., 1999; Olaiz et al., 2006). Lo anterior es comúnmente denominado *poder de dominio*, y se refiere a la fuerza que, con el fin de dirigir, imponer, ordenar, enjuiciar, normar, controlar, inferiorizar, sentenciar o castigar, se ejerce contra la integridad, desarrollo y/o libertad de alguien (Quirós, 2002). La violencia contra la mujer es concebida como la expresión más brutal del patriarcado, que fertiliza el terreno perfecto para que cualquier mujer viva el riesgo de ser violada, golpeada y/u hostigada sexualmente (Castro & Riquer, 2003), al respecto Corsi (1994), quien sostiene que el control sobre el otro es la forma exitosa de ejercer el poder, dice lo siguiente:

*“Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación. En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona. Es por eso que un vínculo caracterizado por el ejercicio de la violencia de una persona hacia otra se denomina relación de abuso” (Corsi, 1994 pág. 24).*

Siguiendo a Corsi (2010), quien sostiene que las conductas violentas se usan para disciplinar, educar, hacer entrar en razón, poner límites, proteger, tranquilizar, etc.; podríamos decir que la violencia tiene una función utilitaria, similar a la que el síntoma adquiere dentro de las estructuras familiares enfermas, para mantener el desequilibrado equilibrio de la dinámica familiar; dejando a las víctimas atadas de

manos ante un consenso implícito, que les ordena no ser conscientes de la forma en que sus derechos son atropellados. Entonces, de acuerdo con [Castro & Riquer \(2003\)](#), estaríamos considerando a la violencia y a la agresión, como actos o conductas del individuo, que a su vez son medios o mecanismos aceptables de expresión de percepciones, necesidades, deseos, afectos y sentimientos que no están siendo verbalizados adecuadamente.

[Leonor Walker \(1991\)](#), a través de su trabajo con mujeres agredidas, desarrolló una teoría acerca del ciclo de la violencia en estas mujeres y sus parejas. Walker postula que las mujeres no son agredidas porque sí, son agredidas porque aceptan y aprenden a vivir dentro del ciclo violento, en el cual, de acuerdo con [Corsi \(1999\)](#): primero se acumula tensión dentro del agresor, después, el agresor descarga esta tensión (enojo) violentamente en contra de la mujer y, finalmente, hay una fase de descanso o tregua sin violencia; es en este periodo de descanso, en el que la tensión vuelve a acumularse dentro del agresor, dando pie a la repetición del ciclo.





*Ilustración 3 Ciclo de Violencia Corsi 1994.*

La pregunta aquí sería ¿por qué las mujeres permiten que el ciclo continúe, si de antemano saben que la violencia se va a repetir aún pese a la tregua? Al respecto, [Secades \(2002\)](#) menciona que, para las mujeres, dar la cara y reconocerse como víctimas de violencia no es fácil, pues implica vergüenza, a lo que se suma la ignorancia (el desconocimiento de los sistemas de apoyo) y la ausencia o ineficiencia de las respuestas institucionales; de lo anterior, podemos decir que las mujeres se enfrentan a la violencia sin recursos que les permitan reconocerla y manejarla, de manera que cuando, logran identificarla, derivado de la vergüenza pueden vivirla con culpa, impotencia, tristeza, angustia, desolación, desesperanza, molestia y enojo ([Juan, 2013](#)).

Otra explicación puede obtenerse apoyándonos en los resultados de algunos experimentos con animales no humanos hechos por Martin Seligman ([Abramson, et al., 1978](#)), en los cuales, se emplearon perros que fueron puestos en cajas experimentales, en las que se les sometía a descargas eléctricas sin ningún tipo de relación establecida; es decir, los choques podían surgir en cualquier circunstancia, sin que los perros pudieran hacer nada para controlarlos. Como resultado, y conforme iba avanzando el tiempo y la exposición a los choques, la motivación de los perros para intentar controlar los choques disminuía hasta desaparecer; lo que hacía desaparecer la capacidad de respuesta ante los choques y la capacidad de aprender y desarrollar nuevos métodos para escapar de la situación aversiva. Al final del experimento, se les permitió a los perros salir de las jaulas, en ese momento los perros no intentaron salir, digamos que aprendieron a vivir en la situación aversiva. El análisis de los resultados, permitió dar cuenta también de que, los perros que habían sido expuestos cuando más pequeños a los choques, habían tenido mayor dificultad para confiar en sí mismos y en sus capacidades en estadios posteriores; uno de los resultados más positivos, fue que, pasado el tiempo, cuando los perros aprendían nuevamente que podían tener control sobre la situación, el sentimiento de incapacidad desaparecía. Según Seligman y sus colegas ([Abramson y Teasdale, 1978](#)), cualquier organismo sometido a una exposición continua a elementos aversivos que están fuera de su control, aprenderá que su comportamiento no sirve de nada para cambiar la situación, lo que redundará en la pérdida de motivación para huir de la misma. A la postulación anterior se le conoce como *desesperanza aprendida o síndrome de Indefensión aprendida* ([Del Río & Santaella, 2009](#)).

Traducido lo anterior a la situación de la mujer, podemos decir que ésta, luego de un largo periodo, aprende a sobrevivir dentro del entorno violento; aprende que sus intentos de huida son infértiles y que la situación está fuera de su control. En palabras de [Quirós \(2002\)](#), la capacidad de juicio de la mujer se rompe, lo que conlleva a que ésta solo vea y crea lo que la situación le permite; es decir, que ella carece de control, entonces, esta creencia toma total control dejando de importar todo lo demás.

Obando (2007), describe 7 mitos comunes que coadyuvan a la perpetuación de la violencia contra la mujer, pues la victimizan e incapacitan, estos mitos son llamados por Castro & Riquer (2003) la caricaturización de la violencia de género:

1. Se lo merece: La mujer busca o merece el maltrato. (Del Río & Santaella, 2009).
2. Le gusta que le peguen: La mujer golpeada no cambia su situación porque le gusta.
3. Va a cambiar: Resiste porque la pareja cambiará. La asociación Peace at Home (PAT, 2004) señala que el 65% de las mujeres atacadas físicamente por un compañero íntimo, reportan haber sido atacadas muchas veces por el mismo compañero. Además, de acuerdo con Yawn et al. (1992), la mayoría del abuso es recurrente y aumenta en cuanto a frecuencia y severidad.
4. Dios así lo quiso: Es la voluntad de Dios.
5. Cumple con sus responsabilidades: Si trabaja, trae lo que se necesita en la casa y trata bien a los hijos, no se le puede pedir nada más. De acuerdo con la ENVIM (Olaiz et al., 2006), aproximadamente el 27% de las mujeres en México está de acuerdo con que una buena esposa debe hacer lo que el esposo le solicite aun cuando ella no esté de acuerdo; el 22.5% considera que es correcto que el marido muestre quien manda en casa y el 8% de estas mujeres cree que es su obligación tener relaciones sexuales con su esposo aun cuando ella no quiera.
6. Está loco, no sabe lo que hace: El que abusa de una mujer tiene problemas mentales.
7. Está enfermo: El alcohol y las drogas se asocian al abuso (SS; 2006).

El Proyecto para la Intervención en el Abuso Doméstico (Violencia Familiar) puesto en marcha en Duluth, Minnesota (PAT, 2004) propone la Rueda de la Violencia para facilitar el reconocimiento de los diferentes comportamientos que la conforman; así, cada parte del círculo representa una manera de ejercer control:



Ilustración 3 Rueda de Violencia PAT (2004 pág.10)

Ramírez (2006) y Obando (2007), hacen especial énfasis en la frecuencia con la que se presenta la violencia de pareja; ya que, de acuerdo con estos autores, no es lo mismo que en alguna ocasión una mujer haya sido violentada, a que lo sea diariamente y más de una vez. Al factor de la frecuencia o cronicidad, se le suma el objeto de este tipo de violencia; que no necesariamente busca destruir a la mujer, sino mantenerla en una posición de subordinación que permita al agresor mantener el control de la situación; para preservar el dominio, el agresor irá cambiando sus estrategias, razón por la cual, las expresiones violentas no siempre serán las

mismas, lo anterior trae como resultado que una misma mujer experimente con una misma pareja diversas expresiones de la violencia.

La violencia contra la pareja conlleva diversos detrimentos a la salud (véase Tabla 1):

<b>IMPACTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA SALUD DE LAS MUJERES</b>			
<b>Consecuencias</b>			
<b>Mortales</b>	<b>No mortales: Implican la pérdida de años de vida saludable</b>		
	<b>Salud física</b>	<b>Trastornos crónicos</b>	<b>Salud mental</b>
Homicidio Suicidio Mortalidad materna Relacionadas con el VIH/SIDA	Lesiones Daño funcional Síntomas físicos Somatizaciones Discapacidad Obesidad grave	Síndromes de dolor crónico o de intestino irritable Trastornos gastrointestinales Fibromialgia	Estrés Pos-Traumático Depresión Ansiedad Insomnio Fobias Trastorno de pánico Disfunción sexual Autoestima baja Abuso de sustancias
<b>Comportamiento negativo respecto de la salud</b>			
<p style="text-align: center;">Tabaquismo Abuso de alcohol y drogas Comportamiento sexual arriesgado Inactividad física Comer en demasía</p>			
<b>Consecuencias negativas en la salud reproductiva</b>			
<p style="text-align: center;">Embarazos no deseados ITS/VIH Trastornos ginecológicos Abortos en condiciones de riesgo Abortos espontáneos/bajo peso al nacer Enfermedad pélvica inflamatoria</p>			

*Tabla 1 Impacto de la Violencia Familiar en la Salud de las Mujeres (Yawn et al., 1992; Secades, 2002)*

Aunque en la literatura se habla bastante acerca de las víctimas de la violencia familiar, existe poca información respecto a los victimarios, y menos aún respecto a los tratamientos disponibles para éstos. En el año 2009, se inició en la República Mexicana la Intervención de Reeducación para víctimas y agresores de Pareja, cuyo objetivo es ayudarles a desarrollar habilidades y comportamientos que les posibiliten salir de la situación de violencia en la cual se hallan inmersos, además de establecer relaciones distantes de la lucha de poder genérica. Para el año 2012, se había brindado tratamiento a 10 790 participantes (6 347 mujeres en su mayoría víctimas y 4 443 hombres en su mayoría victimarios) (Juan, 2013).

### III. Violencia contra los adultos mayores

En muchas partes del mundo el maltrato hacia los ancianos pasa casi inadvertido. Hasta hace poco, este grave problema social se ocultaba a la vista del público y se consideraba como un asunto esencialmente privado. Incluso hoy en día, el maltrato de los ancianos sigue siendo un tema tabú, por lo común subestimado y desatendido por sociedades de todo el mundo. Sin embargo, cada día hay más indicios de que este tipo de violencia es un importante problema de salud (OMS, 2017). La OMS define este tipo de maltrato como:

*“Un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza” (OMS, 2017, portal electrónico).*

Este tipo de violencia puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no. La OMS (WHO, 2002), reporta que entre el 4% y el 6% de los ancianos sufren algún tipo de maltrato en el hogar, cifra muy similar a la de las casas de retiro.

Tan solo en unos pocos países desarrollados hay tasas de prevalencia o estimaciones, que se sitúan entre un 1% y un 10%. Aunque la magnitud del maltrato

de los ancianos se desconoce, su importancia social y moral salta a la vista (OMS INPEA, 2002).

*“El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación. Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario” (OMS INPEA, 2002 pág. 4).*

Esta violencia se manifiesta como un vivo reflejo de la condición humanitaria en la que se encuentra la sociedad, motivo por el cual, resulta complicado investigarla y hablar de ella.

#### 1.2.1.2 Violencia Comunitaria

Se lleva a cabo entre individuos no relacionados por lazos familiares, que pueden conocerse o no (WHO, 2002). Los actos deben ser perpetrados en la comunidad que se habita, por personas sin posiciones de poder sustentables y legalmente reconocidas (aunque si pueden ser posiciones de poder socialmente reconocidas, como en es el caso de los líderes de pandillas). La violencia comunitaria incluye violencia juvenil (riñas por territorio o vandalismo), actos violentos azarosos (peleas en la comunidad, robos, etc.), violaciones y agresiones sexuales por parte de extraños, violencia en establecimientos (escuelas, lugares de trabajo, cárceles, refugios, etc.).

#### 1.2.2 Violencia Auto infligida

Se refiere a todo acto que atente contra la propia vida, estos actos deben ser emitidos por el mismo individuo en su propio perjuicio. Se calcula que, en el año 2000, se suicidaron en el mundo 815 000 personas, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos, por lo cual se considera la decimotercera causa de muerte en el mundo. Entre los factores predisponentes hacia la violencia Autoinfligida, se encuentran: drogodependencias, maltrato en la infancia, aislamiento social, depresión y el acceso a los medios para cometer el acto. Se divide en comportamiento suicida y autolesiones (WHO, 2002).

El comportamiento suicida es el resultado final de la interacción de múltiples factores genéticos, psicológicos, ambientales y situacionales (Martínez et al., 2014), que se pueden agrupar en factores predisponentes (que generan vulnerabilidad) y factores precipitantes (que desencadenan el comportamiento suicida en personas predisuestas).

### 1.2.3 Violencia Colectiva

Este es un tipo de violencia que generalmente recibe mucha atención pública porque evidencia la forma en que los gobiernos son conducidos.

La violencia colectiva se visualiza cuando diferentes grupos se enfrentan entre sí, empleado la violencia como instrumento para lograr objetivos políticos, económicos o sociales; derivando en guerras civiles, genocidio, represión, violaciones a los derechos humanos, terrorismo, crimen organizado, entre otros. Este tipo de violencia es especialmente difícil, debido a que no solo atenta contra un individuo o grupo, sino que atenta contra toda la sociedad, en todas sus esferas: los servicios de salud, la educación, las actividades empresariales, la economía, etc. (WHO, 2002).

## 1.3 Manifestaciones de la Violencia

La violencia familiar no se limita a una sola expresión, ésta comprende diversas conductas, pensamientos y omisiones, que pueden dañar severamente la salud biopsicosocial del individuo (Pámanes et al., 2007).

### I. Violencia física

Es el tipo más evidente de violencia doméstica (Buvinic et al., 1999) debido a las consecuencias visibles y palpables que arroja. Se refiere al uso de la fuerza física, incluyendo o no el uso de armas, este tipo de abuso suele prolongarse a lo largo del tiempo, llevando incluso a la muerte del agredido (Del Río & Santaella, 2009).

Menores: Se define como toda agresión física no accidental por parte de los padres o cuidadores, que provoca, como resultado de un castigo único o repetido, daño físico o enfermedad grave al menor (Ulloa, 1996).



Pareja: Se le considera como tal a:

*“Toda acción u omisión que arriesga o daña la integridad física [de la pareja]” (Obando, 2007 pág. 64).*

Incluye todos los actos de agresión que causan daño físico a la mujer como: pellizcos, mordidas, golpes, empujones, patadas, jaloneos y lesiones con objetos u armas; así como la negación de ayudar a la mujer cuando está enferma o lesionada, que pueden derivar en la muerte (Yawn et al., 1992; Buvinic et al., 1999; Pámanes et al., 2007).

## II. Violencia psicológica

Este tipo de violencia se detecta con mayor dificultad que la física o la sexual, pues no deja huellas visibles e implica la lucha entre la palabra del agresor y la del agredido. Se caracteriza como abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la autoestima hacia alguien (Del Río & Santaella, 2009). Ocurre cuando un individuo es víctima frecuente de insultos, amenazas, gritos y/o desvalorizaciones, como medio predominante de la interacción (Buvinic et al., 1999), En general, este tipo de violencia se refiere a:

*“La subvaloración o descalificación del otro, el autoritarismo y/o la imposición de ideas o deseos. Puede acompañar o preceder a la violencia física como una forma de control a través del miedo y de la degradación, la intimidación en los tratos y la coacción utilizando a terceros. [Incluye el abuso verbal], que se refiere a la utilización del lenguaje hablado para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al otro [y el Aislamiento, que es la] acción ejercida para controlar cada aspecto de la vida del otro [...] como su tiempo, actividades y contacto con los demás” (Sierra et al., 2006, pág. 85).*

Como consecuencia de la violencia psicológica, se puede presentar un desequilibrio psicológico intenso, que se refiere a la incapacidad para estabilizarse y cuyos principales síntomas son el bloqueo de los estímulos que se perciben, incremento en el nivel de tolerancia al dolor, bloqueo ideo-afectivo, reacciones estereotipadas y distorsión en la percepción del tiempo (Del Río & Santaella, 2009); factores que

aumentan la potencialidad del abuso y de la victimización. Esta emergencia psicológica atraviesa por cinco etapas, que se presentan a continuación:

<b>Etapa</b>	<b>Nombre de la Etapa</b>	<b>Características de la Etapa</b>
<b>Primera</b>	Reacción emocional de impacto	Incluye descarga emocional, llanto, gritos, lamentos, paralización, o estado de “zombi”.
<b>Segunda</b>	Negación o bloqueo del impacto	La persona hace esfuerzos para evitar pensamientos que le recuerden su problema, o actúa tal y como si el evento no hubiera pasado, es un mecanismo para bloquear el impacto emocional del daño y aliviar la tensión extrema, si la etapa se prolonga por largos períodos de tiempo, deja de ser un recurso de crisis para transformarse en un elemento adaptador de otro tipo de trastornos.
<b>Tercera</b>	Intrusión	Se caracteriza por la invasión de pensamientos e imágenes que permiten la posibilidad, de encontrarle sentido a la experiencia. Puede presentarse como intentos de explicación, recuerdos o pesadillas sobre los cuales no actúa la voluntad.
<b>Cuarta</b>	Penetración	Se identifican y expresan los sentimientos, pensamientos e imágenes de la experiencia de crisis, lo más importantes es el dominio cognitivo. El sentido de las explicaciones pasadas se resignifica y se forman nuevas interpretaciones.
<b>Quinta</b>	Consumación	Permite la integración de la experiencia. Son características de esta etapa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauración del equilibrio.</li> <li>• Comprensión real y no errónea del problema.</li> <li>• Identificación de nuevas estrategias de enfrentamiento y cambios de conducta necesarios.</li> </ul>

*Tabla 2 Emergencia Psicológica (Del Río & Santaella, 2009 pág. 87).*

Menores: Se refiere al hostigamiento verbal hacia el menor, por parte de los padres, cuidadores o algún individuo del hogar (como hermanos) incitado por algún mayor, a través de críticas, insultos, descrédito y ridiculización, el bloqueo de sus iniciativas y la indiferencia o rechazo, sea éste implícito o explícito (Ulloa, 1996). Este tipo de maltrato genera un obstáculo en el menor que lo inhibe, coarta, limita y que en incluso puede llegar a paralizar completamente su desarrollo (Lozano et al., 2006).

Pareja: Incluye acciones u omisiones como: insultos, gritos, desvalorizaciones (hacer sentir a la pareja inferior, culpabilizarla, humillarla, insultarla con apodosos ofensivos, generarle confusión, desacreditarla), intimidación (generar miedo a través de miradas, acciones o gestos, destrozar objetos personales, maltratar a las mascotas, chantaje, ostentación de armas), amenazas (de daño físico, secuestro de los hijos, abandono, retiro del sustento económico), etc., que provocan en la mujer, alteraciones psicológicas y/o trastornos psiquiátricos. Dentro de este apartado también se incluyen las conductas para el dominio y el control; tales como el aislamiento: impedir, controlar o supervisar la vida social y familiar de la pareja, limitar lo que hace y dice; el impedimento: controlar o supervisar el acceso de la pareja a la información, la prohibición del uso de métodos anticonceptivos y para la prevención de ITS, etc. Asimismo, forman parte de esta violencia la posesividad y los celos extremos, las acusaciones falsas (principalmente sobre la fidelidad), el ignorar, disminuir o ridiculizar las necesidades de la pareja, la falta de respeto hacia sus creencias y costumbres y la ruptura de promesas (especialmente las matrimoniales) (Yawn et al., 1992; Secades, 2002; Obando, 2007). De acuerdo con Ramírez (2006), este tipo de violencia es la de mayor prevalencia y es referida como la más lacerante y destructiva, pues mina la autoestima y la autonomía, además de modificar la percepción del mundo.

### III. Violencia Sexual

La violencia sexual en el ámbito de lo familiar implica a un miembro de la familia, forzando a otro miembro del hogar a someterse a actividades con connotación sexual en contra de su voluntad (Buvinic et al., 1999). Se refiere a:

*“Todas las conductas que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de una persona. Incluye acoso sexual, violación y los actos sexuales realizados contra el otro [...]” (Sierra et al., 2006, pág. 85).*

*“Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima [...]” (Del Río & Santaella, 2009 pág. 16).*

Menores: Se refiere a cualquier forma de contacto o actividad sexual por parte de un adulto hacia un menor, sea ocasional o sostenido en el tiempo e incluye explotación sexual (Ulloa, 1996). La violencia sexual involucra la explotación sexual del menor, sirviendo para gratificar y/o estimular sexualmente al adulto; incluyendo: comentarios de índole sexual, el exhibicionismo, la masturbación, el voyeurismo y la exposición a material pornográfico. El abuso sexual infantil generalmente ocurre entre el menor y alguno de sus padres, tíos y/o abuelos; incluyendo contactos de naturaleza sexual como la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual. Para categorizar abuso sexual infantil, se requieren dos condiciones; la coerción, que el abusador emplee su posición de poder para interactuar sexualmente con el menor y la asimetría de edad, ya que el agresor debe ser por lo menos seis años mayor al niño. Como efecto primario del abuso sexual infantil, está el Trastorno por Estrés Pos-Traumático (TEPT), cuyos principales síntomas son: a) la re-experimentación del suceso traumático, b) la negación de lo sucedido y c) la hiperactividad psicológica (Lozano et al., 2006; Sierra et al., 2006).

Pareja: Se refiere a la acción u omisión mediante la cual, se induce o impone a la mujer la realización de prácticas sexuales no deseadas por ésta, respecto a las cuales no tiene capacidad para decidir (Secades, 2002; Pámanes et al., 2007). Catalogada como uno de los tipos de violencia que más impacto causa pues en la mayoría de las ocasiones no solo tiene un impacto psicológico, sino también físico (como las mutilaciones, las ITS, embarazos no deseados, etc.). Es una violencia muy presente y; sin embargo, muy ocultada, resulta difícil identificarla porque incluye diversos actos; además, tiende a pasar desapercibida, debido a que

generalmente es perpetrada por una persona emocionalmente involucrada con la víctima (Juan, 2013). En múltiples ocasiones, las mujeres por nuestra condición de género, somos víctimas varias veces al día de violencia sexual sin saberlo y, a veces sabiéndolo, no hacemos nada porque hemos aprendido que muy probablemente nuestra acción va a tener resultados adversos y la responsabilidad del acto violento va a caer en nuestras manos (por nuestra forma de vestir o de mirar, por ir solas o acompañadas, por la hora que sea, etc.) y no en las del agresor.

La violencia sexual comprende una amplia gama de actos, como las relaciones sexuales forzadas (incluyendo las que se dan dentro del matrimonio), las violaciones sistemáticas durante las guerras o los periodos de oscurantismo político, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de algo o las palabras dirigidas a la mujer con connotación sexual), la prostitución forzada, la trata de personas, los arreglos matrimoniales precoces y los actos violentos contra la integridad sexual, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. En algunos países, una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y hasta una tercera parte de las niñas han sufrido una iniciación sexual forzada (WHO, 2002). Además, se incluye la crítica hacia el desempeño sexual, la penetración en contra de la voluntad de la pareja (aun cuando esta se dé por medio de objetos), la práctica sexual sin permitirle a la mujer el empleo de anticonceptivos y el uso de apodosos ofensivos con contenido sexual (Yawn et al., 1992).

#### IV. Abandono y/o Negligencia

Se refiere al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud (Secades, 2002; Del Río & Santaella, 2009).

Menores: Es la falta de protección y atención física mínima al menor por parte de los padres o cuidadores, así como la falta de respuesta a sus necesidades evolutivas por falta de estimulación cognitiva, y que no se debe a la carencia extrema de recursos sociales y/o económicos. Es una forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o los

responsables del cuidado del menor, para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto (Lozano et al., 2006).

Ambos factores se hayan asociados a la conducta criminal violenta posterior (Ulloa, 1996; Suárez y Menkes, 2006) y a severos daños en la salud mental (Jones, 1997).

### 1.3.1 Costos de la Violencia

El impacto de la violencia familiar sobre la población es múltiple (Lozano et al., 2006) y trae consigo diversos costos: pérdidas en salud (compuestas por el costo tanto de la atención médica, como de la pérdida de años saludables de vida) pérdidas materiales (conformadas por los gastos en seguridad y justicia de los sectores público y privado) deterioro del consumo y del trabajo (se habla de que las mujeres violentadas frecuentemente faltan a trabajar a consecuencia de la violencia física y a muchas de ellas no se les permite salir a laborar y tener un ingreso propio que apoye el consumo) y la transferencia interpersonal (principalmente la transferencia de los patrones violentos que generara daños en las otras tres áreas) (Londoño & Guerrero, 2000; Sierra et al., 2006; Olaiz et al., 2006, Del Río & Santaella, 2009).

Como principales consecuencias de la Violencia Familiar, Corsi (2010) plantea las siguientes:

Ámbito	Consecuencias de la Violencia Familiar
<b>Trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento del ausentismo laboral</li> <li>• Disminución del rendimiento laboral</li> </ul>
<b>Educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del ausentismo escolar</li> <li>• Aumento de la deserción escolar</li> <li>• Trastornos de la conducta y del aprendizaje</li> <li>• Violencia en el ámbito escolar</li> </ul>
<b>Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias para la salud física (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, etc.)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos, etc.)</li> <li>• Consecuencias letales (suicidio, homicidio)</li> <li>• Trastornos del desarrollo físico y psicológico</li> </ul>
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fugas del hogar</li> <li>• Embarazo adolescente</li> <li>• Menores en situación de riesgo social</li> <li>• Conductas de riesgo para terceros</li> <li>• Prostitución</li> </ul>
<b>Seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia social</li> <li>• Violencia juvenil</li> <li>• Conductas antisociales</li> <li>• Homicidios y lesiones dentro de la familia</li> <li>• Delitos sexuales</li> </ul>
<b>Economía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento de los gastos en los sectores: salud, educación, seguridad y justicia</li> <li>• Disminución de la producción</li> </ul>

*Tabla 3 Consecuencias de la Violencia Familiar (Corsi, 2010 pág. 10)*

Hasta ahora ya se ha dejado en claro la importancia que tiene la atención de la violencia familiar, pues, como ya se explicó antes, la familia es el marco perfecto para aprender o no a ser violentos.

## **2 Afrontamiento**

De manera general, los seres humanos nos desarrollamos adecuadamente a lo largo de nuestra vida; sin embargo, existen factores amenazantes para el bienestar del individuo, con los cuales, o a pesar de ellos, debemos continuar creciendo (Billings & Moos, 1981; Garnefski et al, 2002; Serrano & Flores, 2005).

Cuando pasamos por momentos adversos o por situaciones en las que nos sentimos indefensos ante las demandas, posiblemente estamos experimentando una fuerte carga de estrés, que se define como cualquier demanda ambiental, social, interna o externa, que requiere que el individuo reajuste sus patrones usuales

de conducta (Thoits, 1995; Connor-Smith et al., 2000); para que la carga de estrés disminuya, es necesario que empleemos diversas estrategias de afrontamiento ante la situación adversa o ante las demandas que estamos experimentando; es decir, el estrés, inherentemente nos lleva a emplear diferentes estrategias para adaptarnos, disminuyendo sus efectos en nuestro organismo (Cohen et al., 1984; González et al., 2002).

La habilidad de adaptarse al estrés y a la adversidad, es una faceta central del desarrollo humano. La adaptación exitosa al estrés incluye las maneras en las que los individuos manejan sus emociones, piensan constructivamente, regulan y dirigen su conducta y actúan en su ambiente (Compas et al., 2001).

Suresh (2008), define el estrés como un estado mental inevitable en la vida humana, reflejo de una sensación de ansiedad, tensión y/o depresión, que crea diversas reacciones bioquímicas como respuesta a las demandas del ambiente, las cuales el individuo no se sintió capaz de manejar debido a que sus recursos disponibles para afrontarlas no fueron suficientes. De tal forma que, la manera en que la gente afronta el estrés, repercute sobre su salud psicológica y física, además de su bienestar social. Como se puede comprender, el estrés surge de una transacción entre el individuo y su ambiente (Folkman & Lazarus, 1980).

El concepto estrés, viene ligado a otros dos conceptos: evaluación y afrontamiento de la situación estresante, este último incluye tres herramientas: los recursos, las estrategias y los estilos de afrontamiento (Thoits, 1995). El afrontamiento constituye la conducta relativa al estrés (Hampel & Petermann, 2006; Nava et al., 2009) y entraña siempre el control de la situación, mismo que va desde el dominio hasta el completo desentendimiento (Fierro, 1997), e implica un proceso dinámico de evaluación y reevaluación (Nava et al., 2009). Las herramientas de afrontamiento, van cambiando con la edad y se adaptan a cada situación dependiendo del nivel de control percibido y de la cantidad general de estrés (Stone et al., 1995; Thoits, 1995; González et al., 2002; Waldrop & Resick, 2004; Serrano & Flores, 2005; Barra et al., 2006). Es un hecho que, a mayor estrés, el individuo empleará una variedad más amplia de estrategias de afrontamiento para lidiar con la situación (Thoits, 1995); y



elegirá la o las que mejor se adapten, de acuerdo con su experiencia previa en la resolución de acontecimientos similares. La evaluación y el afrontamiento son descritos por Lazarus (1966; citado en Brotman & Weisz, 1988 y en Carver et al., 1989), como procesos circulares. Además, divide a la evaluación en dos fases, las cuales son seguidas por el afrontamiento como tal: 1) Evaluación primaria, se refiere a la evaluación de la cantidad y tipo de daño que la situación estresante representa para el bienestar personal; 2) Evaluación secundaria, proceso en el que se busca la mejor manera de responder a la amenaza y; 3) Afrontamiento, proceso de ejecución de la respuesta. Este proceso es crucial al momento de afrontar, porque de éste dependerá el éxito o el fracaso del afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman et al., 1986; Folkman et al., 1986 (2)). Incluye la identificación de aquellos factores que determinan el estrés, llamados estresores y su efecto en la salud del individuo (Folkman, 1984; Vitaliano et al., 1985; Folkman et al., 1986 (2); Suresh, 2008).

Diversos autores (Lazarus, 1993; Lazarus & Lazarus, 1994; citado en Martínez et al., 2011; Gómez et al., 2006; Nava et al., 2009; Morales & Trianes, 2010), señalan que ante una situación de estrés se debe tomar en cuenta: 1) La apreciación que la persona tiene de los estresores (en cuanto a intensidad, frecuencia, cronicidad, etc.); 2) Las emociones asociadas a dicha apreciación (sentimientos de impotencia, control, desánimo, etc.) y; 3) Los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar la situación estresante.

Para que el estrés comience, debe existir algún tipo de estresor que lo detone, existen tres tipos de estresores diferenciados: los crónicos (como es el caso de la violencia familiar, estos estresores requieren reajustes por periodos prolongados de tiempo), los agudos (que se presentan sorpresivamente y no forman parte de ningún tipo de cotidianidad, como la muerte de alguien cercano; son cambios intensos que requieren un gran ajuste conductual por periodos relativamente breves) y los intermitentes (que aparecen ante situaciones específicas y forman parte del día, como el tráfico) (Thoits, 1995; Fierro, 1997; Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000). Martínez et al. (2011), mencionan que un manejo inadecuado en cuanto al

afrontamiento de un estresor agudo, puede convertirse en estrés crónico, llevando a la aparición de estados emocionales negativos, trastornos de la personalidad, síndrome de *burnout* (desgaste) o a la permanente incapacidad para tomar decisiones. [Thoits \(1995\)](#), señala que existe una fuerte relación entre el estrés crónico y el desarrollo de desórdenes psiquiátricos.

Cuando el estrés ya está instaurado como tal, surgen tres tipos de respuestas en el individuo: psicológicas, fisiológicas y comportamentales: Respuestas psicológicas; se refieren a todo tipo de respuestas emocionales y conductuales asociadas a la emocionalidad causada por la situación. Respuestas Fisiológicas; tan pronto como el estrés aparece, el cerebro inmediatamente genera cambios bioquímicos que repercuten especialmente en el aumento de los latidos del corazón y en prácticamente todos los sentidos, si estos cambios se prolongan en tiempo, se producirán severos disturbios en la salud del individuo. Respuestas comportamentales; el estrés (en personas predispuestas) se asocia al abuso en el consumo de alcohol, tabaco, drogas y alimentos ([Suresh, 2008](#)).

[Compas et al. \(2001\)](#), distinguen tres aspectos de la autorregulación del estrés: los intentos directos de regular la emoción, los intentos directos de regular la situación y los intentos de regular la emocionalidad mediante la conducta. Acorde con [Thoits \(1995\)](#), existen tres situaciones que resultan especialmente estresantes: el género, la raza y la clase social, que resultan estresantes por su fuerte asociación a la violencia.

En este punto es importante señalar que conviene reservar el término de estrés para situaciones que inciten al afrontamiento y que hagan sentir al sujeto que no cuenta con las habilidades para resolverlas. Si un acontecimiento no requiere acción, no implica estrés ([Fierro, 1997](#)). Es necesario mencionar también, que el estrés no es necesariamente malo, en muchas ocasiones, algo de estrés es necesario para responder eficientemente a las demandas de la vida; siempre y cuando las estrategias de afrontamiento empleadas resulten adecuadas. [Thoits \(1995\)](#), dice que el estrés, puede servir a los individuos como una experiencia de aprendizaje y crecimiento personal; solo cuando se pueda resolver la experiencia estresante, ya

que, únicamente los eventos estresantes que no pueden resolverse, se asocian con verdadero daño. Además, el hecho de que los eventos negativos sirvan para crecer y aprender, depende del optimismo que el individuo tenga ante la situación, lo que le llevara a decidirse por la búsqueda de un cambio. De acuerdo con [Cohen et al. \(1984\)](#), los eventos positivos en la vida de las personas sirven como reguladores del estrés, generando sentimientos positivos y facilitando la adaptación. Las experiencias positivas son como un respiro de las experiencias negativas, sostienen al individuo ayudándole a hacer esfuerzos para afrontar las situaciones desagradables, restaurando su repertorio de estrategias de afrontamiento.

## **2.1 Definición de Afrontamiento**

Siguiendo a [Folkman & Lazarus \(1980\)](#), el afrontamiento se refiere a las técnicas para lidiar (resolver) con los estresores surgidos de la vida diaria. Incluye los pensamientos o conductas que la gente usa para manejar las demandas internas y externas que resultan de las situaciones evaluadas como estresantes y que exceden sus recursos para enfrentarlas ([en Folkman, 1984; Stone & Neale, 1984; Vitaliano et al., 1985; Folkman et al., 1986; Folkman et al., 1986 \(2\); Compas, 1987; Dutton, 1992; Lazarus, 1993; Fierro, 1997; Runtz & Schallow, 1997; Dumont & Provost, 1998; Connor-Smith et al., 2000; González et al., 2002; Matud, 2004; Waldrop & Resick, 2004; Richaud, 2005; Gómez et al., 2006; Zink, 2006; Nava et al., 2009; Martínez et al., 2011](#)). El afrontamiento se trata de extraer recursos de la falta de recursos ([Fierro, 1997](#)); es decir, del acto de buscar dentro de la psique una manera de responder a situaciones adversas, aun cuando parezca que no hay nada que hacer.

A continuación, se presenta la definición de [Quintana et al. \(2009\)](#), que describe al afrontamiento como un proceso que se inicia cuando el individuo debe enfrentarse a situaciones en las que se percibe como sobrepasado:

*“El proceso de afrontamiento se centra en la interacción del sujeto con su medio, refiriéndose a aquel intento propio del individuo para, mediante recursos de conducta manifiesta o encubierta, enfrentar o adaptarse a demandas internas y ambientales (así como a los conflictos entre ellas), que puedan exceder sus*

*posibilidades personales de soporte. Este proceso funciona en los casos en que los intercambios individuo-entorno se desequilibran, y cobran sentido dentro de una valoración que la persona hace de la situación en que está comprometida” (Quintana et al., 2009 pág. 157).*

## **2.2 Afrontamiento como Proceso y sus Funciones**

El afrontamiento como proceso tiene una orientación específica, se centra en lo que la persona piensa y hace en una situación particular, y en la manera en cómo esto cambia conforme cambia la situación. Además, es un asunto contextual, pues está influenciado por la evaluación que la persona hace de la situación particular, y de las demandas y los recursos que le serán útiles para resolver esa situación concreta (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman et al., 1986; Compas et al., 2001).

De acuerdo con Folkman & Lazarus (1980), existen tres perspectivas principales sobre el proceso de afrontamiento, la primera se categoriza en términos de los procesos egocéntricos del individuo, p.ej., yo puedo lidiar con todo lo que se me presente y trato de afrontarlo por la vía rápida aun cuando esto no resulte 100% funcional; la segunda tiene que ver con rasgos muy específicos de la personalidad y los estilos de afrontamiento asociados, p.ej., una persona con personalidad depresiva, puede emplear principalmente el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y la evitación y; la tercera, tiene que ver con que los estilos y estrategias de afrontamiento empleados, dependen de la situación que los evoque, p.ej., ante un desastre natural en el que nuestra vida corre riesgo, no sería funcional sentarnos a llorar, lo mejor sería concentrarnos en buscar una alternativa para preservar la vida, es decir, afrontar centrándonos en el problema y su solución.

El proceso de afrontamiento tiene dos funciones principales: regular las emociones estresantes y alterar la relación entre el individuo y el ambiente causando disminución del estrés (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, 1984; Compas, 1987; Matud, 2004). El proceso completo de afrontamiento no se limita al control emocional, sino que se amplía hacia la reacción instrumental, que de alguna forma genera una transformación de la relación entre individuo y ambiente (Fierro, 1997). La reacción de afrontamiento intenta actuar sobre el estresor, ya sea resolviendo el

problema o regulando las emociones derivadas de la situación estresante. Los esfuerzos para actuar sobre el estresor incluyen las estrategias de resolución de problemas que alteran la relación estresante entre el individuo y el ambiente y que, de manera alterna, regulan la carga emocional resultante (Compas, 1987).

Acorde con Lazarus (1993), el afrontamiento como proceso, cambia conforme pasa el tiempo y de acuerdo con el contexto en que este tenga que ocurrir. Los principios de esta aproximación son los siguientes: 1) Los pensamientos y las acciones de afrontamiento ante el estrés, deben ser medidos de forma separada para su estudio, independientemente de que resulten adaptativos o desadaptativos; 2) Debe entenderse que no hay procesos universales de buen o mal afrontamiento, solo algunos que quizás sean mejores que otros en determinadas circunstancias, pues de la circunstancia depende en muchos casos, la manera de afrontar; 3) Lo más importante para estudiar la conducta de afrontamiento, es centrarse en lo que piensa la persona y en los esfuerzos que hace para afrontar y no en juzgar su estilo, recursos o estrategias; 4) El afrontamiento consiste no sólo en esfuerzos conductuales, sino también en esfuerzos cognitivos; sean éstos adaptativos o no, exitosos o fallidos, consolidados, fluctuantes o inestables; 5) Existen dos categorías de afrontamiento, el centrado en el problema y el centrado en la emoción. El primero trata de cambiar la relación problemática entre el individuo y el ambiente. El afrontamiento centrado en la emoción, pretende cambiar la manera de sentirse ante la situación mitigando el estrés que esta provoca; 6) Entre más complicada es la situación que se debe afrontar, más estrategias de afrontamiento serán empleadas; 7) Algunas estrategias son más estables o consistentes que otras; 8) El afrontamiento puede cambiar conforme se avanza dentro del evento estresante y de circunstancia en circunstancia; 9) Cuando las condiciones estresantes son vistas como imposibles de cambiarse, las personas tienden a usar estrategias de afrontamiento dentro del estilo centrado en la emoción; sin embargo, cuando la situación se evalúa como controlable y modificable mediante la acción, se emplea el estilo centrado en el problema; 10) Las estrategias de afrontamiento que empleemos, serán capaces de cambiar o mediar nuestro estado emocional; 11) El proceso de afrontamiento que una persona trace ante una experiencia estresante,

dependerá del tipo de emoción que desate la experiencia (enojo, ansiedad, culpa, vergüenza, tristeza, envidia, celos, disgusto, etc.), de las condiciones en que el evento suceda, de la historia personal y de las redes de apoyo disponibles y; 12) Diferentes aspectos de la condición estresante, influirán en las estrategias de afrontamiento empleadas y, los efectos de esas estrategias, tendrán resultados adaptativos o desadaptativos.

### **2.3 Estilos de Afrontamiento**

Diversos autores ([Folkman et al., 1986](#); [Compas, 1987](#); [Compas et al., 2001](#); [Gómez et al., 2006](#)) plantean que el afrontamiento incluye todo tipo de respuestas a los eventos estresantes; no solo los esfuerzos exitosos ni las respuestas volitivas. De acuerdo con [Fierro \(1997\)](#) y [Gómez et al. \(2006\)](#), existen diferentes modos de afrontar, muchos de los cuales son absolutamente deliberados, tal como los mecanismos de defensa. Estos constituyen modos mecánicos y automatizados de responder al estrés. Estas respuestas, incluyen un base temperamental y reacciones condicionadas que pueden o no, ser conscientes ([Connor-Smith et al., 2000](#)). Siguiendo a [Folkman & Lazarus \(1980\)](#), cuando el afrontamiento se aproxima más a un sistema defensivo, estaríamos hablando de una necesidad de reducir la tensión y restaurar el equilibrio de manera inmediata, sea lo que sea que se tenga que hacer, incluso sin importar las consecuencias posteriores. [Lazarus \(1993\)](#), invita a hacer una aguda observación al respecto, pues, la teoría psicoanalítica postula que cada mecanismo de defensa va ligado a patologías específicas; por ejemplo, la neurosis histérica, se asocia a la represión. En cambio, los estilos de afrontamiento, no están necesariamente ligados a algún tipo de patología particular. [Connor-Smith et al. \(2000\)](#) plantean que también existen las respuestas de afrontamiento plenamente voluntarias, definidas como esfuerzos conscientes y orientados a responder cognitiva, conductual, emocional y/o fisiológicamente al estrés provocado por alguna situación. Estas respuestas voluntarias, pueden dividirse en estrategias de afrontamiento primarias y secundarias. Las primeras están dirigidas a brindar una respuesta que altere las condiciones del estresor para hacerlo más tolerable, como la búsqueda activa de la solución y la regulación emocional; las segundas se

centran en la adaptación al problema, que incluyen la aceptación y la reestructuración cognitiva.

Los estilos de afrontamiento son métodos que se caracterizan por las reacciones individuales al estrés, a través de las diferentes situaciones o a lo largo de la misma situación estresante, se relacionan con los valores personales, las creencias y las metas de vida. No implican necesariamente la presencia de rasgos específicos de personalidad, que predispongan al individuo a responder de una manera particular. Reflejan la tendencia de responder ante una situación específica o una serie determinada de circunstancias (Compas, 1987).

En este apartado es importante hacer una diferenciación entre recursos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, ya que estos dos componentes conforman a los estilos de afrontamiento.

Pearlin & Schooler (1978; citado en Billings & Moos, 1981 y en Thoits, 1995), definen a los recursos de afrontamiento como las características personales y sociales que la gente usa para lidiar con los estresores, reflejan una dimensión latente del afrontamiento porque definen el potencial de acción, pero no la acción en sí misma. De acuerdo con Compas (1987), los recursos de afrontamiento incluyen todos los aspectos propios (la capacidad de resolver problemas, las habilidades interpersonales, la autoestima, etc.) y los disponibles en el ambiente (la disponibilidad de apoyo social), que facilitan o hacen posible la adaptación exitosa al estrés. Como ejemplo, tenemos la sensación de control que el individuo tiene respecto del manejo de su propia vida (si está más orientado al locus de control interno o externo); es decir, la cantidad de responsabilidad que toma sobre lo que le sucede. Uno de los factores importantes para que el individuo se sienta capaz de afrontar asertivamente las situaciones estresantes, es el apoyo social percibido. De acuerdo con Billings & Moos (1981) y Cohen et al. (1984), la percepción de apoyo social influye en la evaluación e interpretación de riesgo que se hace del estresor, brinda una gama más amplia de estrategias de afrontamiento y mejora el auto concepto, lo que directamente influye en el incremento de la motivación para salir lo mejor librado posible de la situación.



Algunos autores ([Carver et al., 1989](#); [Thoits, 1995](#)) mencionan que, el hecho de que un mismo evento tenga diferente significado para dos personas, depende de los recursos de afrontamiento con que estas cuenten, su historial de uso de estrategias de afrontamiento y la cantidad de apoyo social que tengan; de tal forma que un secuestro, puede ser vivenciado por alguien como la experiencia más catastrófica de su vida, situación que le puede llevar incluso a la muerte, y para otra persona puede ser una oportunidad para crecer como individuo y comenzar a tomar acciones para frenar este tipo de delito.

Las estrategias de afrontamiento son los intentos, cognitivos o conductuales que se hacen en respuesta a la situación estresante. Ejemplos de esto serían la planeación e instrumentación de una solución ([Thoits, 1995](#)). [Compas \(1987\)](#), agrega que estos intentos cognitivos y/o conductuales que se ponen en práctica durante la situación estresante, sirven para disminuir el estrés y para maximizar el rendimiento. Estas estrategias varían conforme pasa el tiempo y dependen de la naturaleza del estresor. Las estrategias de afrontamiento que se eligen, tienen un gran impacto sobre la salud del individuo, pues como ya se mencionó antes, éste surge como una respuesta ante el estrés, que, de no controlarse, puede repercutir negativamente sobre la salud: puede influir en la frecuencia, intensidad y duración de la respuesta neuroquímica al estrés y, puede afectar negativamente la salud cuando implica la autodestrucción e internalización, manifestado como abuso de sustancias, intentos de suicidio y otras conductas de riesgo ([Folkman et al., 1986, \(2\)](#)).

De acuerdo con [Compas \(1987\)](#), los recursos disponibles para enfrentar el estrés y las estrategias y los estilos con los que se afronta, son factores que influyen en la creación de patrones positivos o negativos de desarrollo, ante los cuales pueden generarse diversos problemas psicológicos y físicos.

[Waldrop & Resick \(2004\)](#), de acuerdo a una revisión teórica, agrupan los estilos de afrontamiento en dos grandes categorías: Primero está la propuesta del afrontamiento como: Estrategias enfocadas en la emoción (empleadas para regular las emociones asociadas a problemas específicos) y; Estrategias enfocadas en el problema (estrategias usadas para manejar problemas específicos). El



afrontamiento centrado en el problema se reporta con más frecuencia en situaciones en las que el individuo percibe algún grado de control en la situación. De acuerdo con [Clarke \(2006\)](#), este estilo resulta particularmente sensible si no funciona, ya que el individuo pudiera pensar que su situación nunca tendrá solución y comenzaría a desarrollarse en él un sentimiento de indefensión que lo incapacitaría para emprender futuras acciones. El afrontamiento centrado en la emoción, por el contrario, está mayormente asociado a aquellas situaciones que el individuo ha evaluado como incontrolables o incambiables ([Billings & Moos, 1981](#); [Folkman, 1984](#); [Vitaliano et al., 1985](#); [Folkman et al., 1986](#); [Folkman et al., 1986 \(2\)](#); [Brotman & Weisz, 1988](#); [Carver et al., 1989](#); [Dutton, 1992](#); [Thoits, 1995](#); [Runtz & Schallow, 1997](#); [Dumont & Provost, 1998](#); [Compas et al., 2001](#); [González et al., 2002](#); [Matud, 2004](#); [Hampel & Petermann, 2006](#); [Nava et al., 2009](#); [Quintana et al., 2009](#); [Martínez et al., 2011](#)). A estas dos categorías, [Frydenberg & Lewis \(1996, citado en González et al., 2002\)](#), añaden una tercera: el estilo de afrontamiento Improductivo, que concretamente implica el falso intento por resolver la situación, sin tener éxito.

[Hampel & Petermann \(2006\)](#), describen nueve estrategias principales de afrontamiento: Dentro del estilo centrado en la emoción: 1) Minimización, 2) Distracción; Dentro del estilo centrado en la solución de problemas: 3) Tomar el control de la situación, 4) Auto instrucciones positivas, 5) Búsqueda de apoyo social y; Dentro del estilo improductivo: 6) Evitación pasiva, 7) Rumiación, 8) Resignación y 9) Agresión.

Por su parte, [Carver et al \(1989\)](#), diferencian las siguientes: Dentro del estilo de afrontamiento dirigido a la solución del problema: 1) Planeación, se trata de pensar acerca de cómo afrontar el estresor, involucra las estrategias de acción y los pasos a seguir para manejar el problema; 2) Reservar el afrontamiento, se refiere a esperar el momento oportuno para actuar, aun cuando pudiera parecer una estrategias pasiva, no lo es porque implica darse un momento para planear la mejor manera de actuar hasta que llegue el momento de hacerlo; 3) Búsqueda de apoyo social para instrumentar una solución; Dentro del estilo de afrontamiento centrado en la emoción: 1) La supresión de actividades que tengan que ver con el problema, como

ocuparse en otros proyectos, evitar mediante la distracción, dejar que otros busquen la solución, etc.; 2) Búsqueda de apoyo social que brinde apoyo moral, simpatía o entendimiento; 3) Catarsis emocional, que se limita a una expresión emocional intensa; 4) Desenganche conductual, que tiene que ver con la decisión de no instrumentar ninguna solución; 5) Reinterpretación positiva, que implica adaptarse a la situación para ver el aspecto beneficioso de la misma (generalmente empleado en situaciones que se perciben como incambiables); 6) Negación, tiene dos aspectos, el primero indica que la negación del evento puede ayudar a reducir el estrés momentáneamente, y el segundo argumenta que la negación prolongada aumentara el estrés conforme la situación crece en intensidad; 7) Aceptación, al igual que la negación tiene dos caras, puede ayudar a ver el lado positivo de las cosas o generar sentimientos profundos de indefensión, que deriven en estilos de afrontamiento improductivos y; 8) Apoyarse en la religión, lo que puede servir como fuente de apoyo social, pero también funge como desenganche de la situación.

Una de las estrategias de afrontamiento comúnmente empleadas por los mexicanos es el humor. Podemos apreciar lo anterior el día de muertos, los mexicanos hacemos una fiesta de la muerte y nos reímos inventando calaveritas y celebrando en los panteones para paliar el dolor que representa la pérdida ante la muerte. Respecto a la violencia, tenemos diversos chistes y maneras de reírnos de ésta. La dificultad que representa el uso de esta estrategia, es que está centrada en la emoción (no en la resolución del problema), podría decirse de alguna manera que la risa y el humor para afrontar el estrés nos llevan a evadir el problema, a no buscar una solución a lo que estamos sintiendo o experimentando. De acuerdo con [Abel \(2002\)](#), el humor está asociado con una buena adaptación temporal al estrés, mientras éste permanece, los eventos negativos son vistos de una forma más llevadera; sin embargo, al desaparecer, la persona nuevamente se enfrenta a la situación estresante.

Una subcategoría de los estilos de afrontamiento, es la distinción entre afrontamiento de aproximación y de evitación. El afrontamiento de aproximación, puede ser conductual o cognitivo: el cognitivo se refiere al proceso a través del cual

el individuo valora en qué medida los eventos que debe enfrentar resultan amenazantes para su bienestar y de qué manera, como ver el lado positivo de la situación o buscar en la historia personal alguna manera de resolver situaciones similares; el conductual trata todas las aproximaciones conductuales hacia la solución del problema, como la instrumentación de alguna solución (Billings & Moos, 1981; Holahan & Moos, 1987; Carver et al., 1989; Compas et al., 2001; Clarke, 2006; Nava et al., 2009)), también llamado afrontamiento comprometido. Tiene que ver con el afrontamiento centrado en el problema (que también puede ser visto como amenaza) y su resolución, estilo asociado a un mejor ajuste psicológico. Este tipo de afrontamiento es especialmente difícil de aplicar para aquellas personas que no tienen redes de apoyo sólidas y que no alcanzan a visualizar ninguno de sus recursos, pues generalmente, para ser efectivo, requiere de la presencia de otros factores (como el apoyo social y la autopercepción de efectividad).

El afrontamiento de evitación, conocido también como afrontamiento descomprometido: Se refiere a un estilo centrado en la emoción que aleja de la solución del problema, implica negación, distanciamiento, aislamiento social, etc., y se asocia a consecuencias psicológicas negativas, tales como: depresión, baja autoestima y comportamiento destructivo, entre otros, puesto que puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida, provocando consecuencias negativas a nivel emocional y de rendimiento (Carver et al., 1989; Tobin et al., 1989; Moos, 1995; Thoits, 1995; Barra et al., 2006; Hampel & Petermann, 2006; Cortés & Justicia, 2008; Martínez et al., 2011). Ejemplos de este estilo son prepararse para lo peor, guardar los sentimientos para sí mismo, no pensar en el problema, etc.

Aun cuando los estilos de afrontamiento estén diferenciados, la mayoría de los estresores elicitán a todos los estilos de afrontamiento, estos no son excluyentes; la efectividad en la solución de problemas, depende del éxito de la regulación emocional anterior (Folkman, 1984). Además, la eficacia del afrontamiento no dependerá exclusivamente del estilo empleado, sino que incluirá las características del estresor y la historia personal del individuo (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, 1984; Stone & Neale, 1984; Folkman et al., 1986 (2); Compas, 1987; Carver et al.,

1989; Clarke, 2006). Los recursos, estrategias y estilos de afrontamiento no son estables para nadie, lo que facilita que cada persona establezca patrones flexibles de afrontamiento (Folkman et al., 1986 (2)).

Conforme el individuo se va desarrollando va enfrentando nuevas demandas, que requieren nuevas estrategias de afrontamiento y la movilización de diferentes recursos, ya que un solo tipo de estrategia, no es funcional para afrontar todo tipo de estresor (Compas, 1987). Por lo cual, Folkman, 1984, Folkman et al., 1986, Compas (1987), Thoits (1995), Gómez et al. (2006) y Nava et al. (2009), señalan que ningún estilo de afrontamiento resulta negativo, siempre y cuando sea aplicado en la situación correcta. De tal manera que, el estilo centrado en los problemas (o de aproximación), resulta más efectivo en situaciones que se pueden modificar, contrario al estilo centrado en la emoción (o de evitación), que tiene una importante función adaptativa en situaciones incambiables.

Folkman et al. (1986 (2)), señalan que existen cuatro aproximaciones que tratan de explicar la relación entre el individuo y su preferencia por determinados estilos de afrontamiento. La primera aproximación, explica que las características personales disponen al individuo a afrontar de una forma específica cada situación, de tal manera que se facilite la adaptación a la situación estresante. La segunda, establece que la forma en que la persona afronta los eventos estresantes, depende de las estrategias que comenzó a usar en un principio, que, con el tiempo y el uso, van volviéndose inconscientes y automáticas. La tercera aproximación, indica que la gente que continuamente debe enfrentar situaciones estresantes, responde mediante la indefensión y otros modos pasivos de afrontamiento. Una última aproximación, sugiere que las características personales no influyen en las respuestas de afrontamiento de las personas, estas respuestas dependen únicamente de la naturaleza de las condiciones estresantes.

#### **2.4 Género y Estilos de Afrontamiento**

Existen diversas diferencias entre los estilos de afrontamiento más comúnmente usados por hombres y mujeres (Martínez et al., 2011), algunos autores (Billings & Moos, 1981; Thoits, 1995; Matud, 2004) mencionan que los hombres tienden a lidiar

con el estrés mediante el afrontamiento centrado en el problema, mientras que las mujeres solemos hacerlo usando estrategias centradas en la emoción; sin embargo, esto no es definitivo, pues estas tendencias pueden cambiar con base en lo que exija la circunstancia, en la historia personal, en el apoyo social percibido, etc. (Brotman & Weisz, 1988; Carver et al., 1989). Al respecto, Thoits (1995) menciona que el cambio de tendencias en el uso de estilos particulares de afrontamiento puede deberse al nivel de dominio de la situación experimentado por los individuos; quizás un hombre sea más eficaz en cuanto al afrontamiento de los problemas laborales, mientras que la mujer lo sea en cuanto al afrontamiento de los problemas del hogar.

Thoits (1995), reporta que las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los hombres son: el control emocional, la aceptación del problema, no pensar en la situación (emocionalmente hablando) y hacer esfuerzos comprometidos por resolver la situación. En cambio, las mujeres empleamos comúnmente: la búsqueda de apoyo social que brinde contención, las actividades de distracción, la catarsis emocional y el acercamiento hacia la religión.

Autores como Martínez et al. (2011), señalan que la excesiva atención dirigida hacia la emoción, estilo de afrontamiento mayormente empleado por las mujeres, está asociado a la autoconciencia emocional, la supresión de pensamientos, la rumiación, la culpa, el descontrol emocional, la impulsividad y diversos problemas físicos, que intentan aliviar rápidamente los síntomas asociados al miedo, la tristeza o la ira, sin solucionar el problema y llevando a la mujer a creer que no puede resolver ninguna situación. Esto puede deberse a los patrones tradicionales de socialización (Billings & Moos, 1981; Serrano & Flores, 2005), en los cuales se enmarca que el hombre debe responder activamente (mostrándose autónomo, confiado en sí mismo, con una alta autoestima, orientado hacia las metas, etc.) y la mujer debe hacerlo en forma pasiva (siendo dependiente, afiliada a una figura de seguridad, emocionalmente expresiva, poco asertiva, etc.) ya sea por sus condiciones físicas, psicológicas y/o ambientales; de tal manera que resulta difícil para el hombre aceptar o mostrar sentimientos o debilidad, o incompetencia y

miedo, mientras que para la mujer es más difícil tomar un papel proactivo en cuanto a la resolución directa de los problemas, quizás debido a los patrones de comportamiento internalizados o al relativo bajo estatus que tiene la mujer en varias sociedades (Martínez et al., 2011).

Matud (2004) desarrolló una investigación con 1566 mujeres y 1250 hombres residentes en Norteamérica y con un rango de edad de 18 a 65 años, con la finalidad de estudiar las diferencias de género en cuanto a la elección particular de algún estilo de afrontamiento. Encontró que las mujeres deben lidiar diariamente con un mayor número de situaciones estresantes que los hombres; tales como problemas con los hijos, conflictos con la pareja y diversas demandas que parecen imposibles de satisfacer, acompañadas de frustración. A estos estresores comunes se le suman los agregados al género, tales como: la discriminación, la violencia familiar y/o de pareja, el acoso sexual y la violación. En este mismo estudio, se halló que las mujeres tienden a emplear con mayor frecuencia que los hombres: la evitación y la emocionalidad; y con menor frecuencia la racionalidad y el desapego emocional. Además, un hallazgo concluyente muestra que, a mayor nivel de estudios, las mujeres tienden a emplear estrategias de afrontamiento más activas, similares a las de los hombres.

Conforme a lo anterior, no es sorprendente que la mujer se perciba como incapaz de escapar de situaciones de violencia, pues puede parecerle que no cuenta con los recursos necesarios para hacer frente a su situación y que ésta es incambiable, llevándole a buscar apoyo en otros en vez de solucionar activamente por su cuenta. Otra teoría al respecto la propone Thoits (1995), quien halló que, cuanto más expuesto esté un individuo a situaciones altamente estresantes, más laxas serán sus estrategias de afrontamiento, lo que puede comprenderse mediante el postulado de la indefensión aprendida expuesto anteriormente.

### **3 Afrontamiento y Violencia**

La violencia familiar, como ya se mencionó antes; es una condición que provoca diversos daños tanto en quien la vive como víctima, como en quien la perpetra. Ambos sujetos; la víctima y el perpetrador, emplean diversos estilos de

afrontamiento al respecto. Si partimos de la premisa de que el perpetrador, en algún momento fue víctima, podemos decir que éste, dentro de su primera condición, desarrolló estrategias de afrontamiento que lo llevaron a reproducir la violencia como medio para salir de su condición de víctima, estrategias dirigidas al problema, aunque de manera desafortunadamente canalizada. Por su parte, quien se vivencia como víctima sin lograr salir de la situación violenta, pudiera estar empleando estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción; es decir, en vez de resolver el problema activamente, se enfoca en los sentimientos derivados de la exposición a la violencia (Matud, 2004).

Aun cuando ninguna estrategia es mejor que otra en términos generales, en términos específicos si pueden serlo, quizás, en el caso de la violencia familiar, resulte más útil de primer momento apartarse de la situación y tratar de restaurar el equilibrio emocional, y después, movilizar acciones para salir de la situación violenta; es decir, solucionar el problema (Runtz & Schallow, 1997).

Existen diversas teorías que tratan de explicar la preferencia por algún tipo particular de estilo de afrontamiento ante la violencia. De acuerdo con Martínez et al. (2006), el nivel de optimismo con el que las personas evalúan su situación, en este caso, dentro del entorno violento, influye en el tipo de estrategias de afrontamiento que se inclinarán a utilizar. La ecuación establece que a mayor optimismo (creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos) mayor será el empleo de estrategias de afrontamiento de aproximación, tales como: la planificación y la reinterpretación positiva, y viceversa; es decir, a menor optimismo (o mayor pesimismo), mayor uso de estrategias de evitación: negación y distanciamiento conductual. Dicho postulado podría ayudarnos a entender porque las personas inmersas en ambientes de violencia familiar, emplean con mayor frecuencia estrategias dirigidas a la evitación; ya que si partimos del postulado de que estas estrategias son empleadas cuando el futuro luce prometedor, y entendemos que una de las características de la violencia crónica es el síndrome de indefensión aprendida (del cual el pesimismo es uno de los síntomas principales), veríamos claramente que al individuo violentado no le va



a resultar fácil mostrarse optimista, lo que le llevará a tratar de afrontar la situación desde un estado de evitación.

La postura neuropsicológica explica lo siguiente: La concentración de norepinefrina en el cerebro, disminuye ante la exposición continua a situaciones estresantes. La disminución de este neurotransmisor, se asocia a su vez, con la inclinación hacia estrategias de afrontamiento centradas en la indefensión. Sin embargo, si al momento de evaluar la situación, se percibe un grado aceptable de control sobre la misma, las condiciones cambian, pues los niveles de norepinefrina cerebral tienden a aumentar al tiempo que lo hacen las estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de soluciones hacia el problema. De tal manera que el afrontamiento del individuo se vuelve más activo (Weiss et al., 1970).

Además, se puede postular el proceso de afrontamiento como un ciclo, que resulta especialmente dañino para las personas que viven en entornos violentos: un estudio realizado por Stone et al. (1995), demostró que las estrategias de afrontamiento que las personas usan a lo largo del día para resolver los eventos estresantes que se presentan, repercuten en su nivel de bienestar al final del día. A su vez, el nivel de bienestar o estado anímico con el que terminan el día, influirá en las estrategias que se emplearán el día posterior, generando un círculo; que puede ser negativo o positivo. Este modelo, no solo aplica día a día, sino que puede volverse una situación permanente, lo que, en situaciones de violencia, resultaría en estilos de afrontamiento centrados en la emoción y la evitación, impidiendo al individuo escapar del entorno dañino. Respecto a esto, y de acuerdo con Folkman (1984), el riesgo que se corre cuando las estrategias dirigidas a la resolución del problema no tienen éxito, es que el individuo comience a desarrollar un sentimiento de ineficacia e indefensión que le llevará a emplear, de manera posterior, estrategias exclusivamente centradas en la emoción, incapacitándolo para salir de la situación estresante.

### **3.1 Afrontamiento en situaciones de Violencia Familiar**

La OMS en su Informe mundial sobre la violencia y la salud, menciona que las personas que reaccionan activamente a la violencia tienden a resistir mejor que las



que permanecen pasivas (WHO, 2002). Desafortunadamente, y como veremos a continuación, la mayoría de las víctimas de violencia familiar tienden a responder de manera pasiva (empleando estrategias de afrontamiento centradas en la emoción) debido a que han aprendido a ver su situación como incontrolable, lo que les lleva a dejar de intentar escapar del círculo de la violencia.

### 3.1.1 Menores

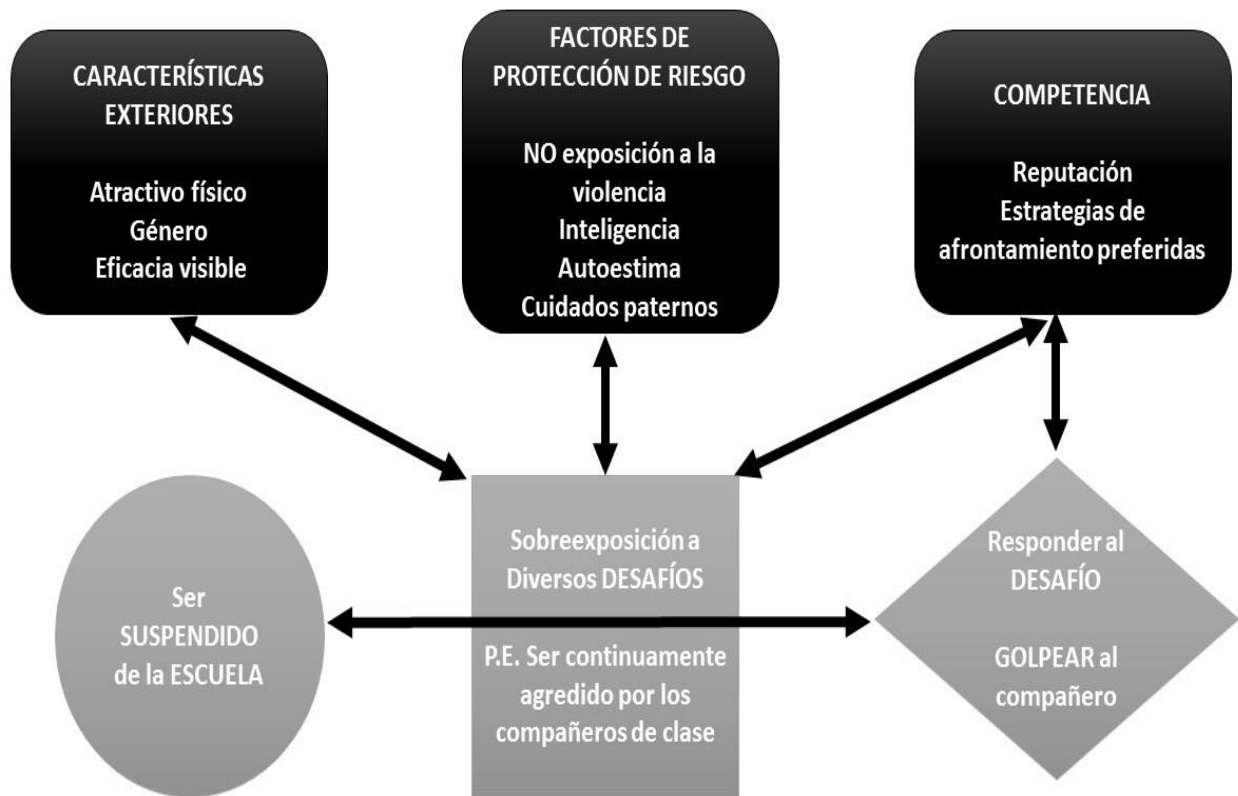
De acuerdo con Compas (1987), la primera experiencia que un individuo debe aprender a afrontar, es la separación de la madre y de esta reacción principal, dependerá en gran medida la manera en la que el niño afronte de manera posterior. La manera en la que los menores afrontan el estrés, tiene que ver directamente con su nivel de ajuste psicológico y su disposición a la patología. A nivel general, el estilo de afrontamiento centrado en el problema y el de aproximación, se relacionan con mejor ajuste psicológico y un bajo nivel de patología asociada, mientras que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y el de evitación, se asocian a un pobre ajuste psicológico y un amplio rango de patologías asociadas (Compas et al., 2001; Morales & Trianes, 2010).

Morales & Trianes (2010) realizaron un estudio con niños y adolescentes para evaluar la medida en que éstos emplean diversas estrategias de afrontamiento, en dicho estudio encontraron que el estrés cotidiano infantil da como resultado estilos de afrontamiento improductivos, directamente relacionados con problemas socioemocionales y escolares, mal ajuste personal e inadaptación.

Es importante resaltar que la violencia contra los menores, no necesariamente los llevará a tener estilos de vida violentos más adelante; pero si será motivo para que estos se enfrenten a diversas adversidades tales como: problemas escolares, socialización inadecuada, dificultades para afrontar asertivamente y predisposición a una vida dentro de entornos empobrecidos (Blechman et al., 1994).

El siguiente modelo de competencia-afrontamiento, sugiere que la exposición de los menores a la violencia es un factor de riesgo, ya que indirectamente conduce a dos caminos: engancharse con estilos de afrontamiento antisociales y la

sobreexposición a una vida de incontables desafíos, ante los cuales, la única manera de responder será anti o asocialmente.



*Ilustración 4 Modelo de Competencia-Afrontamiento Blechman et al., 1994 pág. 214*

Como se puede observar, los estilos de afrontamiento empleados por los menores, son determinantes en su desarrollo posterior; pudiéndoles facilitar o complicar las interacciones entre ellos y su ambiente.

### Niños

De acuerdo con [Cortés & Justicia \(2008\)](#), la violencia familiar de la que son víctimas los menores, genera diversas secuelas psicológicas, conductuales y sociales a largo plazo; que van desde la depresión y la baja autoestima, hasta el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. Es importante señalar que no

todas las víctimas de esta violencia, mostrarán secuelas severas posteriores a los actos violentos. Uno de los factores que influyen en esto es el afrontamiento, puesto que cuando los esfuerzos del menor para manejar los estresores derivados de las interacciones familiares violentas son exitosos, las secuelas de esta situación merman enormemente, e incluso llegan a desaparecer con mayor facilidad y viceversa; es decir, cuando los menores emplean estrategias de afrontamiento poco exitosas, como la evitación (que contiene a la autodestrucción) tienen un riesgo mayor de sufrir depresión.

Los efectos del maltrato infantil en el bienestar psicológico del individuo adulto, dependen en gran medida de los estilos de afrontamiento empleados frente a la situación de violencia y de la cantidad y calidad del apoyo social percibido por el individuo violentado (Runtz & Schallow, 1997).

Brotman & Weisz (1988), propusieron un modelo en que distinguen dos tipos de control que intervienen cuando el niño intenta afrontar una situación: el control primario y el control secundario. Compas et al. (2001), los explican de la siguiente manera: el control primario, se refiere a un tipo de afrontamiento que pretende influir sobre el evento estresante. Las acciones que el niño puede instrumentar tratando de afrontar pueden ser problemas con el control de esfínteres, bajo rendimiento escolar, mala conducta, etc. El control secundario, implica un afrontamiento dirigido a maximizar lo positivo de la situación para ajustarse a la misma: como disminuir las expectativas de cambiar el evento, reinterpretar la situación y buscar apoyo social que ayude a adaptarse a la misma. Debido a que este tipo de control tiende a poner al niño fuera de foco, porque se trata de cogniciones y no de acciones, requiere una mayor maduración cognitiva. El último tipo de control, es especialmente empleado por niños mayores.

En relación con lo anterior, Garnefski et al. (2002), explican que los niños muy pequeños, emplean estrategias de afrontamiento primitivas y, conforme van creciendo, su repertorio de estrategias va aumentando y cambiando de lo externo, a lo interno y más cognitivo. Al respecto, Clarke (2006) menciona que es importante que los padres ayuden a los niños a aumentar su repertorio de afrontamiento,

enseñándoles a responder de distintas maneras, acorde a distintas situaciones. De lo contrario, los niños, al no contar con suficientes estrategias de afrontamiento y percibir que las que tienen no están funcionando, corren el riesgo de desarrollar diversos síntomas que impacten directamente en su autopercepción y en un mal ajuste emocional (Rosenbaum et al., 1987). Acorde con Compas (1987), tanto el estilo centrado en la emoción, como el centrado en el problema, resultan importantes para que los niños tengan una adaptación exitosa al estrés.

Un concepto que influye en la manera en que los niños afrontan, son los factores de protección, estos, protegen al niño que vive en entornos violentos, de experimentar los problemas asociados a esta condición. Dentro de estos factores se encuentran: las características disposicionales y constitucionales del niño, que incluyen el temperamento, la autoestima, el locus de control interno y la autonomía; un entorno familiar que brinde soporte, como el afecto parental, la cohesión familiar, la cercanía y el orden y la organización de roles y; la capacidad de manejarse en el ambiente, que le dan al niño un sistema de soporte externo y le brindan modelos de afrontamiento vistos en otros (Compas, 1987). De acuerdo con Runtz & Schallow, 1997, la presencia de al menos un modelo paternal que brinde soporte al menor violentado, funge como factor protector ante el posterior desarrollo de psicopatología.

Otro factor a considerar en cuanto al afrontamiento empleado, es la calidad de las relaciones interpersonales que los niños establezcan desde pequeños; ésta influirá en su habilidad para afrontar las situaciones percibidas como amenazantes, en esa y las etapas posteriores. Además, el apoyo que los padres brindan a los hijos, reduce los efectos negativos del estrés en éstos, pues uno de los mayores recursos de afrontamiento de los que dispone el niño, es la percepción de una relación contenedora de parte de sus padres. Concretamente, la aceptación por parte de los padres se relaciona de forma positiva con estrategias asociadas al análisis lógico de la situación, la búsqueda de apoyo como medio instrumental y la acción sobre el problema, y de forma negativa con la inhibición generalizada, la autovaloración negativa y el aislamiento. Por otra parte, las malas relaciones familiares (que

generalmente incluyen algún tipo de violencia), llevan a los niños a emplear estrategias de afrontamiento desadaptativas, tales como la evitación cognitiva, la búsqueda de gratificación alterna y la inhibición generalizada. Finalmente, las interacciones familiares con el niño, caracterizadas por el castigo, promueven estrategias de afrontamiento centradas exclusivamente en la emoción, caracterizadas por la falta de confianza y el empleo del chantaje como estrategia de afrontamiento (Compas, 1987; Richaud, 2005).

A la situación de los niños inmersos en entornos violentos, que en la mayoría de las ocasiones son incapaces de regular sus emociones y sus respuestas conductuales (no solo por la edad, sino porque su entorno no ha sido el propicio para que éste aprenda estrategias de afrontamiento eficaces), debemos sumar el sentimiento de ineficacia personal, la falta de apoyo social y la percepción de ausencia de control sobre la situación; lo que comenzará a generar en los menores, respuestas de afrontamiento evitativo-conductuales de tipo agresivo (como conducta violenta con los pares), evitativo-cognitivas (como la depresión y la ideación suicida) y evitativo-emocionales (como la manipulación mediante los berrinches) (Rosenbaum et al., 1987).

En un estudio realizado por Jones (1997), se encontró que los niños que habían sido víctimas de violencia familiar (física, psicológica, sexual y/o abandono), tendían a emplear dos estrategias de afrontamiento particularmente: respuesta ansiosa (problemas con el control de esfínteres, terrores nocturnos, ansiedad sexual, etc.) y autodestrucción. Solo algunos (generalmente los que contaban con más redes apoyo), solían utilizar estrategias de tipo cognitivo y expresivo.

Con base en lo anterior, podemos decir que los patrones de afrontamiento que establecen los niños en situaciones de violencia, suelen ser bastante disfuncionales, quizás de momento resulten adaptativos, pero a la larga se notara su ineficacia y sus consecuencias repercutirán negativamente sobre el bienestar emocional, físico y psicológico del individuo.

Adolescentes

La adolescencia es una etapa caracterizada por continuos cambios en todo lo que implica al individuo, lo que puede mantenerlo en constante estrés. De acuerdo con [González et al. \(2002\)](#), las estrategias de afrontamiento que emplean los adolescentes, tienen una fuerte incidencia en su desarrollo psicológico, y repercuten en su desarrollo integral posterior ([Garnefski et al., 2002](#)). Motivo por el cual, resulta conveniente que los jóvenes aprendan a emplear estrategias efectivas y eficaces.

Los adolescentes que crecen en entornos en donde predomina la violencia, tienen un elevado riesgo de padecer diversos déficits del desarrollo. La violencia crónica, no permite que los jóvenes desarrollen habilidades de afrontamiento pro-social ante los retos que les plantea la vida, ellos aprenden a afrontar mediante la violencia hacia ellos mismos o hacia los demás, de manera asocial (internalizando y deprimiéndose) o antisocial (externalizando agresivamente) ([Blechman et al., 1994](#)). Estos jóvenes, además de manifestar el Trastorno por Estrés Pos-Traumático, tienden a abandonar la escuela, a tener embarazos adolescentes, a abusar de sustancias, a tener baja confianza en sí mismos y en los demás, a sentirse ineficaces, a ser tímidos y ansiosos, y a cometer actos delictivos ([Blechman et al., 1994](#); [González et al., 2002](#); [Barra et al., 2006](#)). Además, de acuerdo con [Blechman et al. \(1994\)](#), estos adolescentes no desarrollan habilidades para comunicarse asertivamente, son rechazados por sus padres y generan patrones de afrontamiento disfuncionales. [Truscott \(1992; citado en Blechman et al., 1994\)](#), reporto que la conducta violenta de los adolescentes, se asociaba a la experiencia de violencia con el padre más que con la madre, a la observación de una familia violenta, baja autoestima y problemas de conducta asociales y antisociales.

Autores como [González et al. \(2006\)](#), señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se mantiene constante a lo largo de la adolescencia, mientras que las estrategias centradas en la emoción incrementan. Lo que [Compas, Orosan & Grant \(1993; citado en González et al., 2006\)](#), explican argumentando que las habilidades de solución de problemas se desarrollan antes de la adolescencia, a diferencia de los cambios emocionales, que sufren un periodo

de continuo cambio durante esta etapa. [Williams & McGillicuddy-De Lisi \(2000\)](#), plantean que los cambios en cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas se deben a los avances cognitivos que se van teniendo con el desarrollo, a las demandas particulares de la vida y a la cantidad y calidad del apoyo social percibido. Respecto a lo anterior, [Dumont & Provost \(1998\)](#), señalan que los adolescentes insatisfechos con la calidad y cantidad del apoyo social percibido, tienden a desarrollar problemas de ansiedad, depresión y/o trastornos del sueño. Dentro del estilo de afrontamiento centrado en el problema, las conductas que más se observan en adolescentes son: la búsqueda de soluciones directas, la planificación y la búsqueda de apoyo social para instrumentar una solución. Como parte del estilo de afrontamiento centrado en la emoción, las conductas que más exhiben los adolescentes son: búsqueda de apoyo social que brinde soporte emocional y aceptación, y acercamiento a las creencias religiosas ([Quintana et al., 2009](#)).

De acuerdo con [Seiffge-Krenke \(1998; citado en González et al., 2006 y en Dumont & Provost, 1998\)](#), durante la adolescencia temprana se diferencian dos estilos de afrontamiento: el de aproximación (funcional: búsqueda de información o consejo, aceptación de apoyo social, esfuerzos para resolver el problema) y el de evitación (disfuncional); para el caso de los adolescentes mayores, predomina el estilo de aproximación, sea cognitivo o conductual, pues conforme van creciendo, van adquiriendo más habilidades de afrontamiento. Contrario a los adolescentes más pequeños, quienes emplean preferentemente el estilo evitativo: sea negativo (desadaptativo), culpándose por lo que sucede, rumiando, culpando a otros o catastrofizando la situación, estrategias que ponen de cerca al adolescente a experimentar mayores eventos negativos de vida y desajuste emocional o; positivo (adaptativo), poner el problema en perspectiva (sin instrumentar), darle una reevaluación positiva y aceptar el problema ([Garnefski et al., 2002](#)).

[Herman-Stahl & Petersen \(1996; citado en Dumont & Provost, 1998\)](#), propusieron la creación de cuatro grupos para concentrar a los adolescentes de acuerdo a sus índices de síntomas depresivos y a la frecuencia de experimentación de eventos de vida negativos: 1) adolescentes bien ajustados (con bajos índices de síntomas

depresivos y de eventos de vida negativos); 2) adolescentes resilientes (con altos índices de eventos de vida negativos y bajos índices de síntomas depresivos); 3) adolescentes vulnerables (con altos índices de eventos de vida negativos y de síntomas depresivos) y; 4) adolescentes no ajustados (con bajos índices de eventos de vida negativos y altos índices de síntomas depresivos). Estos autores encontraron que los adolescentes del primer grupo tienen altos niveles de optimismo, emplean estrategias de afrontamiento eficaces y tienen más relaciones positivas con sus familiares y pares, que los adolescentes de los otros tres grupos. Además, los adolescentes del grupo 2, puntuaron mejor en las tres variables antes mencionadas que los de los grupos 3 y 4. Los resultados muestran que, aun viviendo en entornos de estrés crónico, como los adolescentes del grupo 2, es posible estar bien adaptado a la vida y no sufrir desajuste emocional severo, lo anterior depende específicamente de las estrategias de afrontamiento empleadas y del apoyo social que desarrollan la resiliencia.

En cuanto a las diferencias de género, [González et al. \(2006\)](#) mencionan que las mujeres tienden a preocuparse más por distintos eventos estresantes y amenazantes, especialmente los que se dan en los ámbitos interpersonal y familiar, utilizando más estrategias centradas en la emoción y buscando apoyo social que brinde contención, lo anterior, debido a que es más fácil que las adolescentes tiendan a creer que no tienen ninguna clase de control en la situación ([Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000](#)), lo que puede ser reforzado por el género, la edad, la posición que ocupen dentro de la familia, la cultura, etc. Además, [Hampel & Petermann \(2006\)](#), hallaron que las chicas tienden a internalizar sus desórdenes, pues generalmente emplean estrategias como la evitación, la resignación y la rumiación, última estrategia especialmente asociada al desarrollo posterior de trastornos depresivos. [González-Forteza \(1996; citado en Serrano & Flores, 2005\)](#), encontró que, frente a los problemas familiares, las adolescentes responden de forma agresivo-encubierta, o con expresiones de ánimo depresivo con una intención manipulativa. [Serrano & Flores \(2005\)](#), hallaron en chicas, una relación positiva entre estrés familiar y estilos de afrontamiento caracterizados por respuestas



evitativo-agresivas, que en diversos casos pueden incluir como parte la ideación y el acto suicida.

Por su parte, los varones tienden a ignorar los problemas, utilizando la búsqueda de distracciones, cuando los problemas son inevitables intentan solucionarlos por ellos mismos sin recurrir al apoyo social; es decir, recurren a estilos de afrontamiento de aproximación. Cuando los chicos comienzan a emplear estrategias de evitación de manera crónica, suelen dirigirse hacia el consumo de sustancia usando estrategias de evitación agresivas, manifestadas como actos vandálicos (Gómez et al., 2006); es decir, externalizando sus desórdenes (Hampel & Petermann, 2006). Los adolescentes que no se implican en conductas agresivas contra ellos mismos o en contra de los demás, tienden a emplear estrategias de afrontamiento de aproximación tanto cognitivas como conductuales: resolución de problemas, esfuerzo por alcanzar las metas y fijación en lo positivo (Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000; Gómez et al., 2006).

En resumen: 1) las chicas prefieren las estrategias de evitación, centradas en la emoción y los chicos prefieren las que se centran en la solución o aproximación; 2) las adolescentes tienden a buscar apoyo social que brinde contención, mientras que los adolescentes lo hacen para buscar apoyo en cuanto a la solución del problema; 3) los varones con frecuencia ignoran el problema y se desapegan emocionalmente, las mujeres tienden a involucrarse emocionalmente y a rumiar sobre el problema; 4) los adolescentes de todas las edades y de ambos géneros son capaces de cambiar sus estrategias de afrontamiento dependiendo de la naturaleza del estresor y; 5) varones y mujeres desarrollan nuevas estrategias de afrontamiento conforme van creciendo, por lo cual, los adolescentes mayores pueden contar con un rango más amplio de estrategias. Lo anterior no debe tomarse como un postulado fehaciente, pues como ya se mencionó antes, las estrategias de afrontamiento empleadas variarían de acuerdo a múltiples factores que no implican únicamente género o edad.

Blechman et al. (1994), desarrollaron un programa para aumentar las habilidades de afrontamiento pro-social de los adolescentes en alto riesgo de reproducir la violencia, llamado Prosocial Coping Skills (PCS). Este programa se diseñó para

ayudar a los jóvenes a desarrollar estrategias de afrontamiento pro-social en el ámbito emocional y social, y para ayudarlos a alcanzar sus metas y enfrentar los desafíos de la vida de una manera asertiva. La meta principal del PCS, es lograr que los jóvenes en alto riesgo, logren afrontar pro socialmente los desafíos que la vida les presente, reduciendo y eliminando el círculo de reproducción de la violencia.

Este programa se basa en tres corrientes psicológicas: La psicología del desarrollo de Vygotsky, de esta teoría se extrae principalmente el concepto de andamiaje, pues los jóvenes que no han superado la violencia, sirven como modelo y acompañantes de los jóvenes en alto riesgo. La teoría del aprendizaje social-cognitivo de Bandura, los jóvenes que han superado la violencia, tienden a emplear estrategias de afrontamiento pro sociales, a diferencia de los jóvenes que no lo han hecho, cuando los jóvenes diestros en el manejo del afrontamiento pro social modelan sus estrategias a los que no lo son, estos últimos aprenden a actuar pro socialmente. La teoría del aprendizaje operante de Cartledge y Milburn, de esta teoría se extraen las recompensas como reforzadores de la conducta pro social, una vez que los jóvenes en riesgo comienzan a mostrar habilidades pro sociales, estas van siendo reforzadas mediante recompensas, que en esencia son espacios de convivencia más amplios, oportunidades de expresarse y ser escuchados, etc. (Blechman et al., 1994). De acuerdo con estas tres perspectivas, el individuo se va adaptando al ambiente mediante lo que observa y vivencia, de tal manera que, si su entorno comienza a mostrarse favorecedor, existe un amplio rango de oportunidad para que los jóvenes desarrollen conductas pro sociales que les ayuden a enfrentar los desafíos de la vida de forma asertiva.

Así como los niños, los adolescentes también cuentan con factores protectores de riesgo, como la percepción positiva de sí mismos y el sentimiento de control de la situación, estos generan en los adolescentes un factor de protección en contra del desajuste psicológico y se construyen en el adolescente gracias al apoyo social percibido (Serrano & Flores, 2005). Si nos centramos en la situación de violencia familiar, podemos ver lo difícil que puede resultar para un adolescente inmerso en este contexto, el obtener redes de apoyo sólidas, lo que impactará directamente en

su autopercepción y sensación de control, llevándolo a emplear estrategias de afrontamiento inadecuadas, que refuercen su sentimiento de indefensión y lo mantengan inmerso en la violencia; lo que generaría un adolescente vulnerable.

### 3.1.2 Mujeres

De acuerdo con [Waldrop & Resick \(2004\)](#), todos tenemos preferencia particular por algún estilo de afrontamiento; sin embargo, para el caso de las mujeres víctimas de violencia, resulta específicamente necesario cambiar ese estilo particular por otro que les ayude a sobrevivir a la situación, aun cuando esto no represente salir del entorno violento. Lo anterior, guarda estrecha relación con el concepto de desesperanza aprendida expuesto por [Walker \(1991\)](#) y descrito anteriormente.

Según [Folkman \(1984\)](#), existen diversas restricciones a nivel individual, que pueden afectar la elección y utilidad de las estrategias de afrontamiento a emplear. Estas restricciones son agrupadas en tres categorías: restricciones ambientales, restricciones personales y amenazas extremas. Las mujeres que sufren violencia de pareja, enfrentan diversas restricciones al elegir las estrategias de afrontamiento adecuadas, lo que limita su utilidad. Por ejemplo: una restricción ambiental puede ser que la familia y amigos de la mujer no le brinden apoyo para resolver su situación por considerar que a ella le gusta vivir así; una restricción personal puede ser que la mujer se sienta incapaz de vivir sin el sustento económico que le proporciona el marido; finalmente, la amenaza extrema pueden ser los golpes que le propina el marido cada que vez que esta intenta salir de la situación violenta. Como ya se vio, un factor muy importante para que la mujer cambie sus estrategias de afrontamiento es el apoyo social que ésta perciba; además de los recursos financieros con los que cuente y el nivel de percepción de amenaza que represente para ella vivir lejos de su pareja ([Waldrop & Resick, 2004](#)).

Como refuerzo de lo anterior, se presentan los hallazgos de [Rusbult & Martz, \(1995\)](#), quienes realizaron un estudio mediante el cual demostraron la relación existente entre la duración de la relación violenta y los cambios en las respuestas de afrontamiento de las mujeres. En su estudio, hallaron que conforme la relación va avanzando en tiempo, las mujeres tienden a mostrar mayores estrategias evitativas

(lo que guarda relación con la teoría de la desesperanza aprendida). Además, conforme la violencia se agudiza, las mujeres se abocan más a trabajar en la relación, impidiendo que ésta se fracture por completo, pues, al parecer, la codependencia se fortalece, reduciendo las intenciones de separarse y; en caso de que la separación se dé, éstas buscarán la manera de volver con su pareja, empleando ahora sí, estrategias de aproximación para reducir el estrés provocado por la separación.

Lempert (1996), menciona que las mujeres que han vivido en entornos de violencia y han sufrido violencia de pareja por varios años, soportan la situación en muchos casos por preservar ante la sociedad los valores maritales, llevándolas a aprender a vivir en un *círculo simultáneo de amor y violencia*. Parte de lo que sostiene este círculo es la creencia de la mujer de que el esposo va a cambiar, dejando de ejercer violencia contra ella (y los hijos); por lo cual, para tolerar la violencia y mantener el círculo, la mujer comienza a inventar o a exaltar las escasas bondades del marido y de la relación para que la situación se vuelva, aunque sea, medianamente tolerable.

Según Zink (2006), las mujeres víctimas de violencia de pareja, aprenden a usar una gran variedad de recursos internos y externos para poder seguir viviendo dentro de esa situación; estos recursos pueden agruparse en tres tipos de respuestas de afrontamiento: Primero (Re-evaluación), las mujeres re-evalúan su situación y aprenden a pensar en ellas mismas, en sus esposos y en sus relaciones de diferentes maneras (no solo vistas como abusivas o como amorosas). Segundo (Re-orientación), muchas de ellas, al re-evaluar la situación ven muy pocas o nulas oportunidades de sobrevivir con sus hijos fuera de la casa, esto se debe especialmente a los roles culturalmente fijados para la mujer como dependiente del esposo e incapaz de criar *so/a* a los hijos, debido a lo anterior prefieren permanecer en el hogar abusivo. Tercero (Búsqueda de apoyo), las mujeres, al inicio de la situación de violencia buscan apoyo en cualquier dirección (amigos, padres, suegros, vecinos, etc.). generalmente, ésta última estrategia falla debido a que un componente de la violencia de pareja es la restricción de los círculos de apoyo, de

esta manera, el esposo abusador impide que la esposa busque y reciba ayuda. En la gran mayoría de las ocasiones ninguna de estas estrategias funciona, ya que, aunque inicien como estrategias centradas en el problema, terminan (debido a la indefensión aprendida) como estrategias centradas en la emoción, lo que fomenta que la situación se vea como incontrolable e incambiable y forme parte de la filosofía de vida de estas mujeres.

Un estudio realizado por [Mitchell & Hodson \(2013\)](#), demostró que, a mayor intensidad de violencia sufrida, las mujeres tendían a mostrar más estilos de afrontamiento evitativos que de aproximación. Además, hallaron que las mujeres que sufrían abuso más severo, tenían menos redes de apoyo social, al parecer; porque la familia y amigos de la mujer le habían proporcionado apoyo al principio de la situación, cuando los niveles de violencia eran bajos, y ésta se había negado a recibir la ayuda por creer que podía controlar la situación por sí misma. Lo anterior, reforzaba en las mujeres la creencia de que los estilos de afrontamiento de aproximación; como la búsqueda de ayuda, no eran eficaces, lo que les llevaba a inclinarse hacia las estrategias de evitación centradas en la emoción ([Dutton, 1992](#); [Waldrop & Resick, 2004](#)). Con base en los resultados de su estudio, los autores categorizaron las respuestas de afrontamiento de las mujeres golpeadas en tres estratos: afrontamiento activo-cognitivo (empleado mayormente por las mujeres que no habían sufrido violencia en su familia de origen, pero que estaban conformes con los roles de la mujer en la sociedad), afrontamiento activo-comportamental (usado por las mujeres que no estaban conformes con los roles tradicionales de la mujer en la sociedad, independientemente de su historia de abuso) y; afrontamiento evitativo (empleado por las mujeres con antecedentes de violencia severa, educadas para seguir el rol instituido para la mujer de hogar).

Lo anterior, nos pone de cara con la importancia que tiene la educación de género. Si educamos para preservar roles rígidos y autoritarios, que promuevan la inequidad del poder, estaremos frente a mujeres que permitan la violencia por considerarla un derecho a ejercer del hombre y frente a hombres que la ejercen por considerarla su deber.

Mitchell & Hodson (2013), además plantearon un modelo ecológico del afrontamiento en mujeres golpeadas, el cual explica que los recursos personales con los que cuenta la mujer, serán un determinante de la cantidad de apoyo que reciba de las instituciones y de los demás individuos. De acuerdo con el modelo, las mujeres con más recursos personales (ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, etc.), tendrán una larga lista de contactos que les brinden apoyo social, a diferencia de las mujeres con menos o sin recursos personales. Las primeras mujeres, tendrán ventaja sobre las segundas, pues recibirán apoyo empático tanto de los amigos y la familia, como de las instituciones que lidian con estos asuntos. Esta búsqueda de apoyo activa, considerada una estrategia de afrontamiento centrada en la solución del problema, favorecerá que las entidades respondan, brindando un soporte efectivo y eficaz, que llevará a la mujer a emplear más estrategias de aproximación centradas en la solución del problema, hasta distanciarse de la relación violenta.

Con lo anterior no pretendo decir que es la mujer la responsable de la situación violenta al permanecer en ella, todos los factores que intervienen son responsables; quien la ejerce, quien la soporta, quienes la aprueban, quienes se distancian, etc.

### 3.1.3 Adultos mayores

De acuerdo con lo observado en cuanto a las estrategias de afrontamiento de los menores y las mujeres ante las situaciones de violencia, sabemos que las herramientas de afrontamiento van soldando un patrón de respuesta ante este tipo de condiciones; patrón que, naturalmente, se vuelve más rígido con el tiempo. Es en este punto, en el que afrontar efectivamente, se vuelve una tarea difícil para los adultos mayores que tienen historiales disfuncionales de afrontamiento. Es decir, si una mujer mayor, que desde niña fue violentada y continúa así hasta el momento, ha afrontado todo el tiempo con estrategias centradas en la emoción, como la rumiación; lo seguirá haciendo así, y difícilmente cambiara esta situación, puesto que sus respuestas ya han pasado de volitivas a mecánicas.

Riviera & Montero (2007), indican que el estilo de afrontamiento más comúnmente empleado por los adultos es el centrado en la emoción, específicamente el volcarse

hacia la religión en busca de consuelo y apoyo. De acuerdo con estos autores, los adultos mayores se sienten incapaces para instrumentar acciones que les ayuden a solucionar sus problemas, razón por la cual prefieren acercarse a su religión en espera de la solución. Además, dentro de los grupos religiosos, tienen acceso a grupos de apoyo social que brindan afecto, cariño y comprensión. Aspecto suficiente para estos adultos.

Si bien es difícil modificar los patrones arraigados de respuesta al estrés en población joven, resulta aún más difícil hacerlo con población mayor, pues se sobreponen algunos factores como la rigidez de creencias y la escasa disponibilidad al cambio (Rivera & Montero, 2007), que mantienen al adulto mayor inmerso en el uso de estrategias de afrontamiento ineficaces y, en el caso particular de este trabajo, inmersos también en situaciones de violencia familiar hasta el día en que mueren.

En general y de acuerdo con la revisión de la literatura, los estilos de afrontamiento ante las situaciones de violencia se asocian a: 1) la cantidad y la calidad del apoyo social percibido; 2) los patrones de afrontamiento que ya se hayan instaurado; 3) la experiencia previa en el empleo de diferentes estrategias de afrontamiento; 4) el éxito o fracaso afrontando; 5) el tiempo que el individuo lleve dentro de la situación de violencia; 6) los recursos personales de la víctima y del victimario; 7) el nivel de optimismo ante la situación y; 8) el grado de control que la víctima percibe.

Afrontar una situación de violencia no es fácil y menos cuando ésta es un común denominador de nuestra vida. Debido a lo anterior, se requiere capacitar a las personas en cuanto a la adquisición y uso de una amplia gama de herramientas de afrontamiento que les ayuden a salir del entorno tóxico y a no reproducirlo.

### **3.2 Programa de Afrontamiento Pro-Social (PAPS)**

Mucho se habla de la prevención de la violencia y de las técnicas adecuadas de intervención para tratarla y reducirla, de acuerdo con Buvinic et al., (1999) las estrategias preventivas para abordar la violencia resultan las más eficaces en cuanto a costos que otras, ya que es más fácil prevenir el aprendizaje de la violencia

que trabajar en el des-aprendizaje de la misma; sin embargo, en lo referente a efectividad en la adquisición y el desarrollo de habilidades para enfrentar la violencia, las mejores estrategias son las de tratamiento. De acuerdo con el Manual Operativo para la Atención y Prevención de la violencia familiar y sexual (Del Río & Santaella, 2009), las intervenciones de prevención de la violencia familiar deben dirigirse a la eliminación de las causas y a atenuar las condiciones que la favorecen. Para ello, las medidas de prevención deben combinar estrategias en los diferentes niveles en los que se manifiesta la violencia: individual, familiar, comunitario y social.

La mayoría de los programas para las víctimas de violencia, centran sus objetivos terapéuticos en el tratamiento de la culpabilidad, la baja autoestima, la mejora de las relaciones sociales, la expresión adecuada de la ira y el tratamiento de los síntomas psicológicos presentados (Echeburúa & Del Corral, 1999) como: trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, ideación suicida, etc. Lo anterior, con la finalidad de ayudar a las víctimas a adquirir y desarrollar habilidades que les permitan afrontar las situaciones que se les presenten después de haber salido del entorno violento. Para lograrlo, las técnicas preferidas son las cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas y la inoculación del estrés; técnicas orientadas a modificar las creencias irracionales y a facilitar la adopción de respuestas de afrontamiento pro-social. Estos programas de tratamiento se aplican generalmente en grupos, son dirigidos por terapeutas mujeres, con sesiones semanales y una duración aproximada de 10 a 12 semanas (Echeburúa & Del Corral, 1999).

El Programa de Afrontamiento Pro Social (PAPS), que se describe a continuación, tiene el objetivo de dotar a los participantes de habilidades de afrontamiento pro-social. Según Blechman & Vryan (2000), la base de la comunicación pro-social es el intercambio de información, en el cual podemos expresar nuestro punto de vista y aprender acerca de las perspectivas de otros. Esto nos prepara para saber responder ante las necesidades de los demás, escuchar los requerimientos de otros



y expresar los propios y para persuadirlos de cumplir con nuestros requerimientos razonables (y viceversa).

### 3.2.1 Antecedentes

A finales del siglo XX, la Doctora Elaine Blechman y el Doctor Kevin Vryan de la Universidad de Colorado, realizaron diversos estudios con población infantil y adolescente de comunidades marginadas de los Estados Unidos de América, con el objetivo de determinar las causas del comportamiento violento de esta población y de desarrollar alguna pauta de acción para disminuirlo. Durante la búsqueda de información, dieron cuenta de que la familia es la fuente de diversos factores de la delincuencia juvenil y el abuso de sustancias, incluyendo una inadecuada supervisión parental, rechazo y negligencia de los padres hacia los hijos, antecedentes criminales y abuso de sustancias por parte de los padres (Blechman & Vryan, 2000).

Los estudios realizados, permitieron a Blechman y Vryan, diseñar la Terapia Pro-Social Familiar (Prosocial Family Therapy) o *PFT* por sus siglas en inglés. La PFT fue creada especialmente para ser aplicada con niños y adolescentes inmersos en comunidades violentas. Su meta a corto plazo es brindar una intervención multi-sistémica rápida y perdurable para afrontar efectivamente los problemas en la comunidad, la casa y personales/individuales. Su meta a largo plazo es disminuir el nivel de crímenes y de conductas anti-sociales, extendiendo el comportamiento pro-social de toda la familia hacia la comunidad.

La PFT incluye técnicas de reforzamiento que se aplican día a día desde que se inicia la sesión y hasta después de finalizada, siempre y cuando los participantes consideren que lo necesitan; y en casi cualquier situación que lo amerite, de tal manera que los días sin problemas en/con la comunidad y en/con la familia vayan aumentando. A la familia se le va capacitando en cuanto a comunicación efectiva, intercambio de información, manejo adecuado de la conducta y el propio comportamiento y la resolución de problemas.

El Programa de Afrontamiento Pro-Social ya ha sido aplicado y evaluado en tres ocasiones con población mexicana, a continuación, se describen los tres estudios, todos realizados por la Dra. María Georgina Cárdenas y colaboradores: El primero, está basado en un estudio transcultural, tomando como muestra a 12 familias del estado de Hidalgo y a 13 familias de la Ciudad de México con antecedentes de violencia familiar. Se realizó un análisis comparativo de factores asociados a la violencia familiar mediante entrevistas semiestructuradas, entre éstas dos poblaciones, mismas que cuentan con antecedentes y patrones culturales similares hacia la violencia, pero bajo reglas diferentes (Cárdenas, Flores & Mata, 2000; Citado en Cárdenas et al., 2003). Las diferencias y similitudes observadas en los constructos evaluados conformaron el fundamento empírico para el desarrollo de la Escala de evaluación de la Violencia familiar. El segundo estudio, arroja los resultados de la aplicación y evaluación del programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento pro-social, dirigido a 16 jóvenes de entre 14 y 19 años de edad, con historia de calle que recibían capacitación laboral en la Fundación Fray Bartolomé de las Casas en la ciudad de México. Este programa de intervención se aplicó y evaluó en un formato grupal entre pares, incorporándose componentes específicos que atendieran los factores contextuales de la población a la que se dirigía. Los resultados del estudio fueron exitosos al observarse que el programa tuvo efectos positivos disminuyendo los problemas académicos, familiares y personales de los participantes durante los periodos de intervención en un diseño de línea base múltiple (Cárdenas, Estrada, Bonilla, Hernández & Cárdenas, 2000; citado en Cárdenas et al., 2003). El tercer estudio se enfocó al trabajo en comunidades rurales del Estado de Hidalgo donde participaron 25 víctimas de violencia familiar, todas mujeres de entre 18 y 66 años de edad. Los datos obtenidos de la evaluación del proceso terapéutico, muestran concordancia con los estudios anteriores y fortalecen la noción de que las sesiones de tratamiento permitieron que los participantes adquirieran y ensayaran exitosamente habilidades de comunicación pro-social, como una estrategia efectiva de afrontamiento al estrés y a los retos controlables e incontrolables (Cárdenas, 2003; citado en Cárdenas et al., 2003).

### 3.2.2 Descripción del PAPS

El programa de Afrontamiento Pro-Social (PAPS), fue desarrollado por la Dra. María Georgina Cárdenas López en 2003, en colaboración con otros investigadores. Este programa toma como base la PTF de Blechman & Vryan.

Los objetivos del PAPS en cuanto al aprendizaje del Terapeuta en formación son los siguientes: Que el terapeuta elabore, describa y enliste las metas u objetivos de intervención del PAPS; aplique las técnicas del PAPS; identifique las características específicas de la población que presenta el problema y; evalúe y aplique los cuatro componentes programáticos del PAPS en una población específica de manera grupal, familiar o individual. El PAPS emplea en el trabajo terapéutico dos estrategias fundamentales, las cuales promueven en los participantes el manejo de estrategias de afrontamiento eficiente: la primera es la Entrevista Motivacional que, como método de comunicación terapéutica, involucra la aplicación de estilos clínicos que incrementan la motivación para el cambio (Miller & Rollinck, 1991; citado en Cárdenas, 2003). Esta entrevista, sirve para modelar y promover la segunda estrategia, que es la comunicación pro-social, orientando al cambio de conducta. El trabajo terapéutico se conduce mediante declaraciones estructuradas, la escucha reflexiva, las preguntas confirmatorias, el encuadre y el reforzamiento positivo del afrontamiento pro-social.

Respecto al programa de intervención, el PAPS consta de tres meses de sesiones semanales (dando como resultado un promedio de 12 sesiones) con una duración de 90 a 120 minutos por sesión, en las que se trabaja con familias o grupos que manifiesten constantes problemas asociados a la violencia, con el objetivo de resolver sus problemas en tres ámbitos que se expanden a toda la vida de los participantes: la comunidad (escuela, trabajo), la familia y el ámbito de lo personal. La duración de cada sesión es de 90 a 120 minutos aproximadamente. Todas las sesiones son conducidas empleando el siguiente orden: Ejercicio del Descubrimiento, Ejercicio de la Reunión, Ejercicio de las Reglas, Ejercicio del Plan y Conclusiones. Estos ejercicios están diseñados para que los participantes inicien acciones de inmediata solución para sus problemas y se involucren en un proceso

de adquisición de habilidades de afrontamiento y comunicación pro-social (Cárdenas, 2003).

Los ejercicios del PAPS se describen a continuación:

- 1) El ejercicio del Descubrimiento abre la sesión, identificando o “descubriendo”, la problemática actual de los participantes o en particular, de un miembro de la familia.
- 2) El ejercicio de la Reunión tiene la tarea de establecer rapport entre cada uno de los miembros del grupo o de la familia, así como con el terapeuta. Adicionalmente es el componente programático para modelar y promover la comunicación pro social entre los participantes.
- 3) El ejercicio de las Reglas tiene la finalidad de guiar el manejo de la conducta y proporcionar un esquema mediante el cual los participantes pueden apoyarse para crear, fortalecer y apegarse a las reglas establecidas.
- 4) El ejercicio del Plan, este ejercicio tiene la tarea primordial de enseñar a los participantes el empleo de la estrategia de comunicación pro-social en la resolución de problemas, mediante la aplicación de reglas acordadas para circunstancias específicas.
- 5) Conclusiones, en esta sección, el objetivo es que los participantes resuman con sus propias palabras y de manera concisa lo que aprendieron en la sesión.

Las primeras cuatro sesiones se enfocan a la enseñanza de estrategias de solución de los primeros problemas en el ámbito de la comunidad, el progreso obtenido en la adquisición de estas estrategias, llevará a los participantes a iniciar el trabajo terapéutico durante las siguientes cuatro sesiones en el ámbito familiar. Las sesiones restantes se emplean para proporcionar a los miembros del grupo o la familia, estrategias de afrontamiento para la solución de sus problemas personales. El terapeuta realiza evaluaciones semanales que proporcionen los datos en relación con el tipo y frecuencia del (de los) problema(s), mediante un cuestionario previamente elaborado para tal finalidad (ver anexo I). El terapeuta deberá evaluar

a los participantes antes y un mes después de concluir el programa. Además, los avances de cada sesión se evalúan de dos maneras, mediante el formato de Auto-informe, que se utiliza para evaluar el proceso de intervención de los participantes durante todo el tratamiento. Es un cuestionario que permite contar con un registro que nos proporciona información para tomar decisiones clínicas importantes, nos informa del éxito o no del tratamiento y permite ajustar el curso del tratamiento de cada participante. Como instrumento clínico se emplea dentro de todas las sesiones, con el primer componente del programa, el descubrimiento y; mediante Gráficas, con base en los datos del registro se presenta visualmente el progreso de cada uno de los participantes o usuarios. De este modo, los participantes conocen si los planes elaborados están funcionando o no, si deben cambiar las reglas o planes establecidos o si es el momento para trabajar con el siguiente problema. La información derivada de este registro permite que el usuario y el terapeuta tomen decisiones informadas (Cárdenas, 2003).

El PAPS tiene el potencial de resultar altamente eficaz en condiciones de violencia, de ahí la importancia de capacitar a los estudiantes de psicología en cuanto a técnicas de intervención de este tipo, que ayuden a frenar la reproducción de conductas violentas e incrementen la conducta pro social.

#### **4 Evaluación del Aprendizaje**

La educación tiene innumerables contextos y se desarrolla intencionalmente en muchos ámbitos (Santos, 1999), la evaluación del aprendizaje es un punto crucial de la educación. Esta evaluación se apoya en diversos métodos con sus respectivas estrategias, y cumple el propósito de arrojar un resultado que aproxima a denotar qué tanto aprendió el alumno sobre algo determinado.

##### **4.1 ¿Qué es la Evaluación del Aprendizaje?**

Cronbach (1984; citado en Ochoa et al., 2015), dice que la evaluación del aprendizaje es un proceso mediante el cual el profesor y los alumnos juzgan si han logrado los objetivos de enseñanza. De acuerdo con Santos (1999), la evaluación educativa es:

*“[...] un fenómeno habitualmente circunscrito al aula, referido a los alumnos y limitado al control de los conocimientos adquiridos a través de pruebas de diverso tipo. La evaluación planteada de forma negativa, realizada en malas condiciones y utilizada de forma jerárquica, permite saber pocas cosas de cómo se produce el aprendizaje” (Santos, 1999 pág. 45).*

La evaluación del aprendizaje es en sí misma, una etapa del proceso enseñanza aprendizaje que se utiliza para detectar el progreso del alumno (López & Hinojosa, 2010; citado en Ochoa et al., 2015). La evaluación tiene una función reguladora del aprendizaje, puesto que el tipo de estudio que el estudiante requiere, está condicionado por las demandas de la evaluación (Cabaní y Carretero, 2003; citado en Gallego, 2006).

Acorde con Wiggins (1990; citado en Galego, 2006), la concepción del aprendizaje como algo activo, individualizado y basado en el desarrollo cognitivo, debe incorporar la evaluación de la actuación activa del alumno, que le permita utilizar los conocimientos adquiridos de manera creativa, para resolver problemas reales, desarrollando así diversas competencias, que permitan al aprendiz hacer un ensayo de la vida profesional.

Gallego (2006), plantea que para que una evaluación sea eficaz: 1) Se debe plantear una actividad en la que el aprendiz tenga como tarea la movilización de sus recursos para atender en forma ética y efectiva la situación planteada; 2) El progreso del alumno debe ser evaluado durante el desarrollo de la actividad, no con puntuaciones objetivas; sino mediante el asesoramiento que debe brindar el enseñante; 3) El aprendiz debe estar enterado de qué se va a evaluar y de la forma en que esta evaluación será conducida, esto ayudará a que el aprendiz ajuste su forma de aprender, de acuerdo a las demandas de la evaluación; 4) El enseñante debe promover en el aprendiz la reflexión sobre su propia práctica, esto lo encaminara hacia la modificación de las rutas de acción, favoreciendo la adquisición y el desarrollo de competencias; 5) El aprendiz debe autoevaluar su trabajo, esto, además de requerir ética, invita al aprendiz a hacer un análisis profundo de lo que sabe y conduce a la mejora y; 6) Durante todo el proceso se debe permitir que los aprendices interactúen entre sí con fines formativos, la actitud crítica de la

colaboración ayudará a que el aprendiz se autoevalúe y juzgue sus propias competencias en comparación con las de los demás, llevándolo a una mejora de las propias habilidades.

#### **4.2 Tipos de Evaluación del Aprendizaje**

De acuerdo con [Baxter \(1997; citado en Ochoa et al., 2015\)](#), existen tres tipos de evaluación:

1. Evaluación Diagnóstica. Este tipo de evaluación, se realiza al inicio del proceso de enseñanza-aprendizaje, tiene como meta, determinar el grado de conocimientos, habilidades y/o competencias con los que el alumno se inicia en el proceso. Esta evaluación debe hacerse con especial cuidado de los resultados, ya que éstos, pueden influir positiva o negativamente en el aprendiz.
2. Evaluación Sumativa. Esta evaluación se realiza al final del proceso de enseñanza-aprendizaje, su objetivo es proveer retroalimentación acerca de los procedimientos de enseñanza, mediante los resultados obtenidos respecto al aprendizaje.
3. Evaluación Formativa. Este tipo de evaluación, se realiza durante todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante ésta se pretende obtener un marco de referencia que indique si el método de enseñanza está funcionando, para poder corregir el camino, o continuar por la misma ruta de acción.

Para efectos del presente trabajo, se emplearán la evaluación diagnóstica y la evaluación sumativa mediante un Pre-Test y un Pos-Test, respectivamente. Lo anterior, además de ayudar a determinar el puntaje ganancia, brindará un indicador de la efectividad que tiene la enseñanza mediante el uso de un simulador virtual del Programa de Afrontamiento Pro Social, comparada con la eficacia de dicho programa mediante la enseñanza tradicional.

## **D. MÉTODO EXPERIMENTAL**

### **1 Planteamiento del Problema**

Los índices de violencia incrementan día con día ([WHO, 2002](#)) no solo en algunos campos; la violencia se ha convertido ya, en un problema ubicuo y, es justo esta ubicuidad, la que pone en riesgo la salud de los individuos en todos los niveles: físico, psicológico y sexual. La violencia también se vivencia dentro del hogar; ese lugar que se supone, debería ofrecernos seguridad, se convierte en el lugar que nos vulnera. Es ante esta problemática y frente a la carencia de espacios de práctica profesional para los psicólogos en formación, que el presente trabajo, plantea una propuesta de intervención terapéutica mediante enseñanza virtual, dirigida a los terapeutas que buscan adquirir herramientas y desarrollar competencias para tratar a los individuos que sufren violencia familiar.

### **2 Pregunta de Investigación**

¿Existen diferencias en el Nivel de Aprendizaje entre la Enseñanza Tradicional y la Enseñanza mediante Simulación Virtual del Programa de Afrontamiento Pro Social?

### **3 Objetivo General**

Identificar las diferencias entre el aprendizaje que se obtiene mediante la Enseñanza Tradicional y la Enseñanza mediante Simulación Virtual del Programa de Afrontamiento Pro Social para familias en entornos de violencia.

### **4 Tipo de Estudio**

El estudio tiene un alcance correlacional, ya que busca dar a conocer la relación que existe entre el tipo de Enseñanza (Tradicional o mediante Simulación Virtual) y la Calidad del Aprendizaje ([Hernández et al., 2004](#)).

### **5 Diseño**

El diseño de Investigación empleado es Cuasi experimental, debido a la imposibilidad de controlar todas las condiciones de la Investigación ([Hernández et al., 2004](#)). El estudio se llevó a cabo mediante un Pretest, un Postest y dos Tipos de Intervención:



- Pretest =  $O_1$  GC  $O_3$  GE
- Posttest =  $O_2$  GC  $O_4$  GE
- Enseñanza Tradicional =  $X_1$
- Enseñanza mediante Simulación Virtual =  $X_2$

Grupo CONTROL (GC):  $O_1$  ---  $X_1$  ---  $O_2$

Grupo EXPERIMENTAL (GE):  $O_3$  ---  $X_2$  ---  $O_4$

## 6 Muestra

Los participantes que conforman la muestra del estudio, fueron asignados con base en uno de los grupos escolares previamente formados por la Coordinación de Ciencias Cognitivas y del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); lo que derivó en una muestra No Probabilística: accidental ([Hernández et al., 2004](#)).

La muestra quedo conformada por 20 estudiantes de Sexto Semestre de la Facultad de Psicología de la UNAM. De los cuales 15 eran mujeres y 5 eran hombres.

La asignación de los participantes a cada grupo se llevó a cabo mediante la división por la mitad de la lista de alumnos inscritos en el grupo académico. La asignación del método de enseñanza para cada grupo se realizó mediante un procedimiento al azar, para el cual se empleó una moneda. Se asignó el águila al grupo A (primera mitad de la lista) y el sol al grupo B (segunda mitad de la lista). El águila correspondió al Grupo Experimental (A) y el sol al Grupo Control (B). Cada grupo quedo conformado por 10 estudiantes.

Las fechas y horarios asignados para los cursos fueron las siguientes:

- Curso mediante el uso del Simulador Virtual: Mayo 8 del 2017 de 16 a 19 horas.
- Curso mediante impartición tradicional: Mayo 9 del 2017 de 17 a 20 horas.

## 7 Definición de Variables

- Variable Dependiente: *Aprendizaje*.

- Variable Independiente: *Tipo de Enseñanza*: Tradicional o mediante Simulación Virtual.

#### Definición conceptual de las variables

- Aprendizaje.

Para [Piaget \[2013 \(1947\)\]](#), el aprendizaje es la reorganización de las estructuras cognitivas, que se da en un proceso en el que el individuo debe aprehender algo nuevo, integrándolo a sus esquemas anteriores de pensamiento; de tal forma, que los nuevos conocimientos puedan ponerse en práctica. [Coon \(2001\)](#), define el aprendizaje como el cambio de conducta, generado por la adquisición de los nuevos conocimientos y que es persistente a lo largo de toda la vida. De acuerdo con [Batista \(2002\)](#), para que el sujeto aprenda, debe modificar activamente sus esquemas; por lo cual, la naturaleza del aprendizaje, va a depender de lo que el sujeto ya posee.

En este trabajo aprendizaje se define de la siguiente manera: El nivel de adquisición de conocimientos, que puede entenderse como Aprendizaje deficiente: nivel de aprendizaje que denota que el participante no adquirió los conocimientos necesarios para hacer una intervención mediante el PAPS; Aprendizaje aceptable: nivel de conocimientos que indica que el participante requiere más práctica para adquirir los conocimientos suficientes que le permitan realizar una intervención mediante el PAPS y; Aprendizaje adecuado: nivel de aprendizaje que refleja que el participante ha adquirido los conocimientos necesarios para llevar a cabo una intervención mediante el PAPS.

- Enseñanza Tradicional.

Siguiendo a [Torres \(2010\)](#), la enseñanza tradicional en el contexto escolar, es aquella que se hace mayormente de forma teórica, e implica a un profesor, situado frente a un grupo de alumnos, impartiendo una clase, cuyo contenido se basa en teorías desarrolladas anteriormente. El profesor, puede valerse de distintos implementos (como pizarrones, rotafolios, diapositivas, etc.) que le sirvan para exponer la información que está presentado. Estos

implementos, se limitan a fungir como una pantalla que refleja lo que el profesor pretende transmitir, sin involucrar al alumno más allá de una simple participación vocal, en el sentido de comunicar una idea u opinión.

- Enseñanza mediante Simulación Virtual.

Las nuevas tecnologías han producido reordenamientos significativos a nivel mundial, económico, social y psicológico, suponiendo cambios en las modalidades de pensamiento y aportando a los sujetos nuevas posibilidades para la interacción (Ruggeroni, 2004). Actualmente, el mundo de la salud mental está enfrentando una revolución tecnológica, revolución que se inició con la finalidad de crear entornos seguros de práctica clínica (Ramos et al. 2007; Freeman et al., 2017).

La popularidad de los sistemas de simulación virtual en la enseñanza, ha crecido ampliamente en los últimos años (Mitchell et al., 2011).

La simulación virtual presenta una manera innovadora de trabajar en todo el campo de la salud (Ghanbarzadeh et al., 2014). Dentro del campo de la salud en psicología (p-health) se han desarrollado diversos prototipos virtuales de práctica como avatares: pacientes y terapeutas, y entornos e intervenciones (Gorini et al., 2008). Los avatares tienen un alto grado de consistencia y realismo (Kenny et al., 2007). Estos personajes juegan un rol importante al momento de contextualizar la interacción social, ya que son equivalentes a un sistema de videoconferencia que incluiría el potencial del consejo experto. Además, aun cuando el avatar resulte mínimamente expresivo, logra elicitar repuestas altamente emocionales en quien está observándolo, favoreciendo la adquisición del contenido que se está presentando (Gorini et al., 2008). Una de las aplicaciones más usadas de la simulación de baja fidelidad, se da en el campo de las entrevistas clínicas (Motowidlo et al., 1990). Las intervenciones psicológicas basadas en avatares sirven para facilitar el proceso de comunicación entre terapeutas y pacientes (Gorini et al., 2008). Esta simulación cubre una amplia gama de tareas que requiere que el avatar y el aprendiz establezcan una relación cooperativa (Kenny et al., 2007). Los pacientes virtuales brindan a los estudiantes la oportunidad de tener

experiencias similares a las de la práctica real. Estos pacientes han sido utilizados por más de tres décadas, sirviendo para incrementar las habilidades interpersonales y el conocimiento, creando una consistente experiencia casi real, aunque menos flexible que la auténticamente real. Mediante esta simulación se pueden enseñar diversas habilidades clínicas desde distintos enfoques (Salas & Ardanza, 1995; Triola et al., 2006).

Es muy importante para los estudiantes tener, además de la teoría, la práctica. Es un hecho que el uso de materiales estáticos como los textos descriptivos y las ilustraciones, pueden resultar poco informativos e interesantes; aunado a eso, existen pocos ambientes en los cuales los estudiantes pueden acceder a la práctica de forma segura, sin la necesidad de contar con equipo o espacios reales que en ocasiones resultan inaccesibles. En ambos casos, los simuladores se presentan como un camino viable para ayudar a los estudiantes a desarrollar y adquirir las habilidades necesarias para su ejercicio profesional (Krasnynskiy et al., 2012). La simulación virtual posee la cualidad de brindar a los estudiantes su primer acercamiento hacia la práctica clínica, incrementando su motivación. Además, los principios moldeadores en los que se basa, fomentan en los estudiantes la adquisición de las habilidades necesarias en la práctica clínica real (Villaume et al., 2006).

Los sistemas de simulación virtual resultan altamente efectivos al momento de elicitar respuestas de ámbito profesional, que solo estarían presentes en una experiencia real. Su principal objetivo es entrenar en habilidades (dentro de un entorno simulado), que sirvan para responder en situaciones profesionales reales (Crescentini et al., 2016).

El uso de la simulación virtual en el ámbito de la educación, tiene un amplio componente pedagógico (Hansen, 2008), ya que está basada en dos técnicas pedagógicas, la narrativa y la resolución de problemas (Triola et al., 2006). Este método, permite desarrollar modos de actuación superiores en cuanto a la práctica, así como a la aceleración del proceso de aprendizaje (Salas & Ardanza, 1995). Los aprendices pueden interactuar activamente con

el sistema en una especie de role-play asociado con su profesión, además, pueden interactuar con diversos personajes (pacientes, colegas, etc.) en un ambiente seguro que disminuye su ansiedad, al tiempo que incrementa su competencia en cuanto a la adquisición de nuevas habilidades. El aprendizaje activo toma lugar cuando los estudiantes entran al ambiente simulado y construyen ideas al respecto, que los llevan a engancharse con el conocimiento. Estos ambientes estimulan el aprendizaje, fomentan la creatividad y la capacidad de socialización, promueven la resolución independiente de problemas e incrementan el autoaprendizaje. Asimismo, representan una oportunidad para que los profesores establezcan alianzas con los sistemas e incrementen el aprendizaje de los alumnos (Salas & Ardanza, 1995; Hansen, 2008), ya que la enseñanza mediante esta tecnología, es un buen suplemento de la enseñanza tradicional, especialmente, en algunas situaciones peligrosas. Sustituir algunos aspectos del entrenamiento tradicional mediante la simulación virtual permite reducir costos, tiempo y esfuerzos (Stevens & Kincaid, 2015). Además, mediante este tipo de simulación, el conocimiento puede ser evaluado y verificado al momento (Ren et al., 2015).

Un estudio realizado por Bente y colegas (citado en Gorini et al., 2008), en el que se comparó el impacto de un texto informativo presentado bajo cinco modalidades: 1) solo texto, 2) solo audio, 3) audio y video, 4) audio y un avatar de baja fidelidad y 5) audio y un avatar de alta fidelidad. Los resultados arrojaron una diferencia significativa entre solo texto y las otras presentaciones; audio, video y las dos presentaciones con avatares funcionaron generando un alto impacto en los participantes. Lo anterior, presenta una base sólida respecto a la relevancia que las nuevas tecnologías de simulación tienen en la enseñanza.

#### Definición operacional de la variable dependiente

- Aprendizaje. Puntuación que el participante obtiene en el pos-test, definido en tres niveles: Aprendizaje deficiente: Puntuación de 0 a 5; Aprendizaje

aceptable: Puntuación de 6 a 8 y; Aprendizaje adecuado: Puntuación de 9 o 10.

## **8 Hipótesis**

Hipótesis de Investigación

Hi: Existen diferencias significativas en el puntaje obtenido en el Postest de los grupos experimental y control, de acuerdo al método de enseñanza empleado.

Hipótesis Nula

H0: No existen diferencias significativas en el puntaje obtenido en el Postest de los grupos experimental y control, de acuerdo al método de enseñanza empleado.

## **9 Instrumentos**

Instrumento Pre Test y Pos Test (ver anexo II)

El instrumento empleado en el presente estudio fue desarrollado por la sustentante y revisado por la Dra. María Georgina Cárdenas López. Esta desarrollado con base en los supuestos planteados por [Sachs \(1975\)](#); a manera de examen. Mediante el instrumento, se busca obtener una evaluación cuantitativa del nivel de aprendizaje en que se hallen los participantes.

Consta de 10 reactivos que se encargan de evaluar el aprendizaje adquirido por los participantes después de haber cursado la Intervención del Programa de Afrontamiento Pro Social para familias en entornos de violencia. La prueba se puntúa de 0 a 10.

De acuerdo con [Case & Swanson \(2006\)](#), para que la evaluación del aprendizaje mediante pruebas escritas resulte eficaz, ésta debe estar orientada hacia los objetivos del aprendizaje, debe estar planteada en términos claros sin ser exhaustiva de la información.

Para la elaboración del Instrumento se emplearon dos tipos de preguntas cerradas (opción múltiple y falso-verdadero):

- Opción múltiple. Preguntas acompañadas de 3 posibles respuestas, de las cuales, solo una es la correcta. El instrumento consta de 8 preguntas de este tipo (reactivos del 1 al 8), cada una con tres opciones de respuesta que se hallan íntimamente relacionadas con el tema y la pregunta en cuestión. Cada reactivo tiene un valor de 1.0, dando como resultado un valor de 8.0.
- Falso verdadero. Se trata de un enunciado que debe ser afirmado o negado mediante dos opciones de respuesta: para afirmar el enunciado se elige la opción: verdadero, para negar el enunciado se elige la opción: falso. El enunciado esta formulado afirmativamente. El instrumento se conforma por dos reactivos de este tipo (reactivos 9 y 10). Cada reactivo tiene un valor de 1.0, dando como resultado un valor final de 2.0.

#### Instrumento de Usabilidad (ver anexo III)

Esta escala fue creada por el estadista e informático John Brooke en 1986. Permite evaluar la usabilidad y facilidad de aprendizaje de una amplia variedad de productos y servicios, incluyendo hardware, software, móviles, páginas web y aplicaciones.

La escala de usabilidad del sistema se conforma de 10 ítems en escala Likert con cinco opciones de respuesta cada uno, que van de 1 En completo DESACUERDO a 5 En completo ACUERDO. Es una escala fácil de usar, se puede aplicar de manera individual o en grupo y no toma más de cinco minutos (Brooke, 1996).

Para obtener los resultados se tienen dos formas, una en números brutos y otra en porcentajes:

- Puntaje Bruto. El puntaje bruto obtenido por los participantes se agrupa en tres categorías:
  - De 25 a 28: Se habla de que el sistema es demasiado fácil de usar, lo que restaría interés en el mismo y tendría un impacto negativo en el aprendizaje del contenido que presenta el sistema.
  - De 29 a 32: Se considera que la Usabilidad del sistema es adecuada y se encuentra nivelada. El sistema es accesible y causa interés.

- De 33 a 36: Se refiere a que el sistema es excesivamente complejo y por ende, inaccesible al uso práctico.
- Las puntuaciones que se encuentren por debajo de 24 o por encima de 36, no deben ser consideradas. Puesto que estas puntuaciones anulan la fiabilidad en las respuestas del Instrumento.
- Porcentajes: Cada uno de los valores obtenidos en cada ítem, debe ser sumado. Se multiplica la suma final por 2.5 y este valor se toma como un porcentaje. Los valores de porcentaje validos se concentran entre 40 y 100. Por debajo o por encima de estos valores, el instrumento se anula.
  - De 40 a 60 porciento se habla de excesiva facilidad.
  - De 60 a 80 porciento indica un nivel adecuado de usabilidad.
  - De 80 a 100 refiere dificultad en cuanto al uso del sistema.

Aguilar & Villegas (2016), realizaron 173 aplicaciones en población mexicana y obtuvieron un Coeficiente de Alfa de .92; al igual que Lewis & Sauro (2006; citado en Aguilar & Villegas, 2016), quienes realizaron 324 aplicaciones; es decir, la escala tiene un nivel de confiabilidad bueno. Además, la escala cumplió con la validez de constructo, mostrando la presencia de dos factores: Usabilidad y Facilidad de Aprendizaje.

## **10 Procedimiento**

Una vez solicitado el grupo a la Coordinación de Ciencias Cognitivas y del Comportamiento, se brindó a los participantes una breve explicación acerca del Programa de intervención y del procedimiento de evaluación y se les pidió que firmaran el Formato de Consentimiento Informado respecto a todo el proceso de evaluación (ver anexo IV). Se hizo la cita para la evaluación con los participantes, se aclararon dudas al respecto y se explicaron ciertas generalidades.

### **Grupo experimental**

El grupo experimental fue citado en el Aula de cómputo de la Unidad para el Desarrollo y Uso Estratégico de Métodos y Materiales de Enseñanza y Apropriación



Tecnológica (UDEMAT) de la Facultad de Psicología UNAM. Antes de comenzar a usar el simulador, a cada participante se le aplico un Pre Test sobre los contenidos de la intervención mediante el Programa de Afrontamiento Pro Social (PAPS). Cada uno de los participantes tuvo acceso a una computadora y dispuso de tres horas para usar el simulador completo. En caso de tener dudas respecto al uso del simulador o el contenido teórico había un investigador disponible para aclararlas. Una vez que cada participante termino de usar el simulador, se le aplicó un Pos Test sin límite de tiempo para ser respondido. Posterior al Pos Test, les fue aplicado un Instrumento para evaluar la Usabilidad del Simulador. La evaluación se daba por concluida cuando cada participante terminaba de responder el último instrumento.

#### Grupo control

Para el caso del Grupo Control, la clase tradicional se impartió en el Aula 211 de la Facultad de Psicología de la UNAM, al igual que para el Grupo Experimental, el investigador que impartió el curso estuvo disponible para aclarar dudas, en este caso solo respecto a la teoría. Antes de comenzar la enseñanza, a cada participante le fue aplicado el Pre Test. La clase tradicional se impartió haciendo uso de diapositivas proyectadas mediante un cañón electrónico y la práctica simulada se desarrolló mediante un role play. Una vez finalizada la práctica, a cada participante se le aplico un Pos Test. La evaluación se daba por concluida cuando cada participante terminaba de responder el instrumento Pos Test.

### **11 Procedimiento Estadístico**

Los resultados obtenidos en los Instrumentos fueron analizados mediante el paquete estadístico IBM SPSS 22.

#### Instrumento de Pre Test y Pos Test.

Se empleo el estadístico U de Mann-Whitney, con la finalidad de poner a prueba la Hipótesis de Investigación, buscando definir si existen diferencias entre los dos tipos de enseñanza (Tradicional y mediante Simulador) del Programa de Afrontamiento Pro-Social. Dicho estadístico fue seleccionado con base en tres criterios: a) Se comparan dos grupos; b) La variable de estudio es Ordinal (está variable se define

en términos de nivel de aprendizaje: Deficiente, Aceptable y Adecuado) y; c) No se busca causalidad, se busca hacer una comparación.

Con el objetivo de definir el puntaje ganancia de los grupos entre Pre-Test y Post-test, se utilizó la prueba T de Student para Muestras Relacionadas. Lo anterior se hizo después de haber realizado la prueba de normalidad de las muestras mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnoff de una muestra (una para cada grupo).

Instrumento de Usabilidad: System Usability Scale (SUS).

Para este Instrumento se realizó un análisis estadístico básico de Frecuencias: Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar, Varianza y Rango. Además, se hizo una sumatoria de la puntuación de cada participante en la escala con el fin de determinar la facilidad en cuanto al uso del simulador, para lo cual se hizo una recodificación de los totales.

## E. RESULTADOS

El intervalo de confianza para cada análisis se fijó en 0.95 (0.05 de alfa).

Para determinar el puntaje ganancia de cada uno de los grupos entre Pretest y Postest se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

Con la finalidad de analizar la normalidad de la distribución de los grupos Control y Experimental, para elegir la prueba estadística adecuada; se empleó el estadístico Kolmogórov-Smirnov de una muestra (para cada uno de los grupos). Los resultados se muestran a continuación:

Grupo	Significancia asintótica Bilateral
Control (Enseñanza Tradicional)	0.138
Experimental (Enseñanza mediante Simulador)	0.188

*Tabla 4 Kolmogorov-Smirnoff de una muestra para ambos grupos*

Como podemos observar, ambos valores de significancia son mayores al p valor (0.05), por lo cual, podemos hablar de distribuciones normales y proceder al uso del estadístico T de Student para muestras Relacionadas.

Los resultados de la Prueba T para muestras relacionadas del Pre Test y Pos Test del Grupo Control son los siguientes:

Estadísticas			
G Control	Media	Desviación Estándar	Media de Error Estándar
Pre-Test	6.3	1.494	0.473
Pos-Test	8.7	0.949	0.3
Correlación			
Correlación		Significancia	
-0.713		0.021	
Diferencias			

<b>Media</b>	Desviación Estándar	Media de Error Estándar	95% de Intervalo de Confianza de la diferencia		t	Significancia bilateral
			Inferior	Superior		
<b>-2.4</b>	2.271	0.718	-4.024	-0.776	-3.343	0.009

*Tabla 5 Prueba T Grupo Control*

En cuanto a la efectividad de la Enseñanza Tradicional para aprender el Programa de Afrontamiento Pro Social, hubo un incremento en las medias de aprendizaje entre la primera (6.3) y segunda (8.7) medición; sin embargo, este incremento no modificó la posición del grupo en cuanto a nivel de aprendizaje, ya que se mantuvo en un Aprendizaje Aceptable. Para respaldar la diferencia de medias entre pretest y postest contamos con los siguientes datos: 1) El valor de la media (-2.4) se halla dentro de los límites aceptables (-4.024 a -0.776) del intervalo de confianza y; 2) El valor de significancia bilateral (0.009) es menor a el valor de alfa (0.05) para contraste bilateral (0.025). Sin embargo, el valor no resulta altamente significativo. Lo que se comprueba mediante el valor de la significancia de la correlación (0.021) que es menor al valor de alfa (0.05); indicando que si hay relación entre las mediciones puesto que las medias en pre y postest colocan al grupo dentro del mismo nivel de aprendizaje: Aprendizaje Aceptable. La desviación estándar indica que hubo mayor dispersión de puntuaciones en el pretest. La media del error estándar para el pretest indica una aproximación aceptable del valor de la media obtenido por la muestra al de la población, la misma medida para el postest resulta en una estimación muy confiable de la población.

Los resultados de la Prueba T para muestras relacionadas del Pre Test y Pos Test del Grupo Experimental son los siguientes:

<b>Estadísticas</b>			
<b>G Experimental</b>	Media	Desviación Estándar	Media de Error Estándar
<b>Pre-Test</b>	4.1	1.912	0.605
<b>Pos-Test</b>	9.2	1.033	0.327
<b>Correlación</b>			

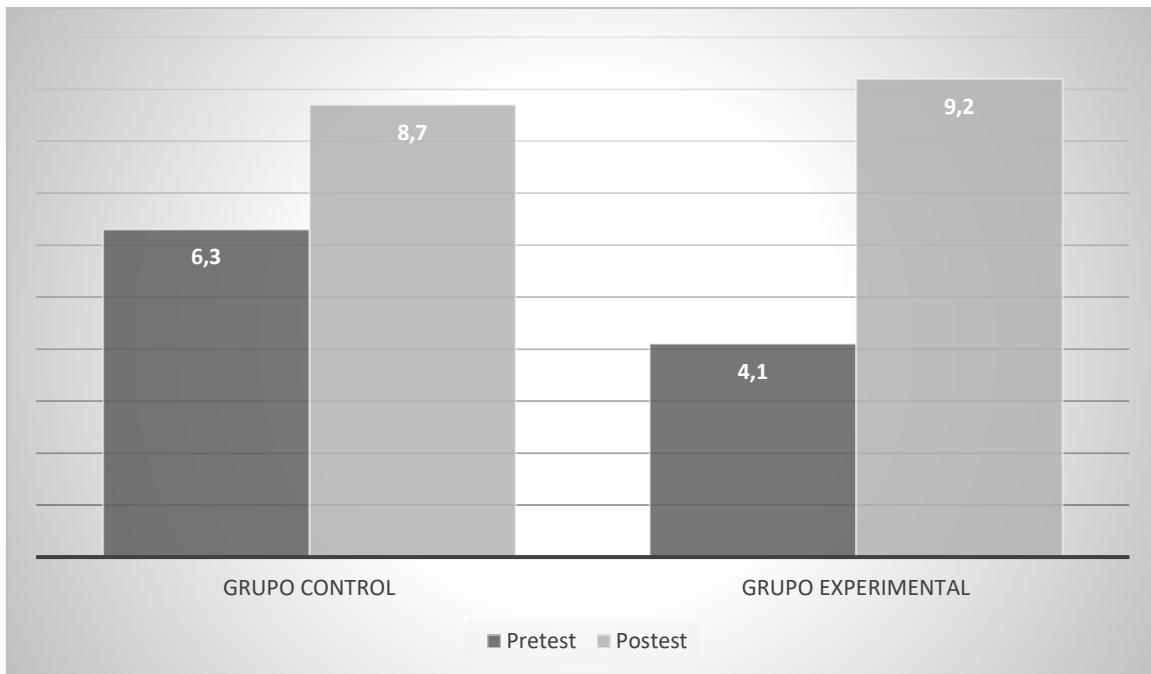
Correlación			Significancia			
0.158			0.664			
Diferencias						
Media	Desviación Estándar	Media de Error Estándar	95% de Intervalo de Confianza de la diferencia		t	Significancia bilateral
			Inferior	Superior		
-5.1	2.025	0.64	-6.548	-3.652	-7.965	0.000

Tabla 6 Prueba T Grupo Experimental

La puntuación media obtenida en el Pretest es aceptable de acuerdo a los conocimientos escasos acerca de la Intervención con los que los participantes contaban al momento. La media del Posttest incrementa notablemente de puntuación a puntuación (de 4.1 a 9.2) en 5.1 puntos, lo que coloca a los participantes de este grupo en el nivel máximo de aprendizaje esperado (Aprendizaje Adecuado). La correlación entre Pretest y Posttest resulto mínima y no significativa, valor explicado por la amplia diferencia entre medias. La significancia de la correlación (0.664) al ser mayor que alfa (0.05) indica ausencia de correlación entre las dos mediciones. El valor de significancia bilateral ( $0.000 < 0.05$ ) corrobora lo anterior, al no haber una correlación significativa entre las medias de las dos mediciones, decimos que éstas son diferentes.

La desviación estándar del pretest del grupo experimental, indica una dispersión amplia en cuanto a las puntuaciones obtenidas en dicho instrumento. Para el caso del posttest, aun cuando la desviación estándar es más reducida que en el pretest, es amplia, lo que sugiere nuevamente, un rango extenso de dispersión en cuanto a las puntuaciones. La media de error estándar del pretest, aleja los resultados de la muestra para ser generalizados a la población; sin embargo, los del posttest brindan una buena estimación de los resultados estimados de la población.

La siguiente grafica muestra las medias de las puntuaciones en los Pretest y Posttest de ambos grupos:



Gráfica 1 Medias de Pretest y Posttest de ambos grupos

Como podemos observar, aun cuando el grupo control obtuvo puntuaciones más altas en el pretest, no logro superar al grupo experimental en el posttest. El puntaje ganancia obtenido por el grupo experimental (de 4.1 a 9.2; es decir 5.1) es superior al del grupo control (de 6.3 a 8.7; 2.4). Además, podemos observar que la diferencia entre las medias del Posttest de los dos grupos (0.5) es muy pequeña (y no significativa estadísticamente).

Para determinar la homogeneidad de los grupos, se realizó un análisis mediante el estadístico U de Mann-Whitney. A continuación, aparecen los resultados:

Estadísticos	
<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>30.5</b>
<b>Significancia Asintótica Bilateral</b>	<b>0.819</b>

Tabla 7 U de Mann-Whitney Homogeneidad de la Muestra

Con base en el valor de la significancia asintótica bilateral (0.819) que es mayor que el nivel de significancia (0.05), podemos establecer que la diferencia entre los dos grupos (control y experimental) no es significativa. Ya que aceptar que la diferencia

es significativa, supondría un grado de error muy alto (81.9%). Podemos concluir que los grupos iniciaron homogéneos.

A continuación, se presentan las frecuencias para evaluar el nivel de aprendizaje mediante el Pos Test:

<b>Nivel de Aprendizaje del Grupo Control</b>		
<b>Nivel de Aprendizaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Deficiente</b>	0	0 %
<b>Aceptable</b>	6	60 %
<b>Adecuado</b>	4	40 %
<b>Nivel de Aprendizaje del Grupo Experimental</b>		
<b>Nivel de Aprendizaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Deficiente</b>	0	0 %
<b>Aceptable</b>	2	20 %
<b>Adecuado</b>	8	80 %

*Tabla 8 Frecuencias y Porcentajes Postest ambos grupos*

Para poner a prueba la hipótesis de investigación, se procedió a realizar un análisis estadístico empleando la U de Mann-Whitney. Los resultados se muestran a continuación:

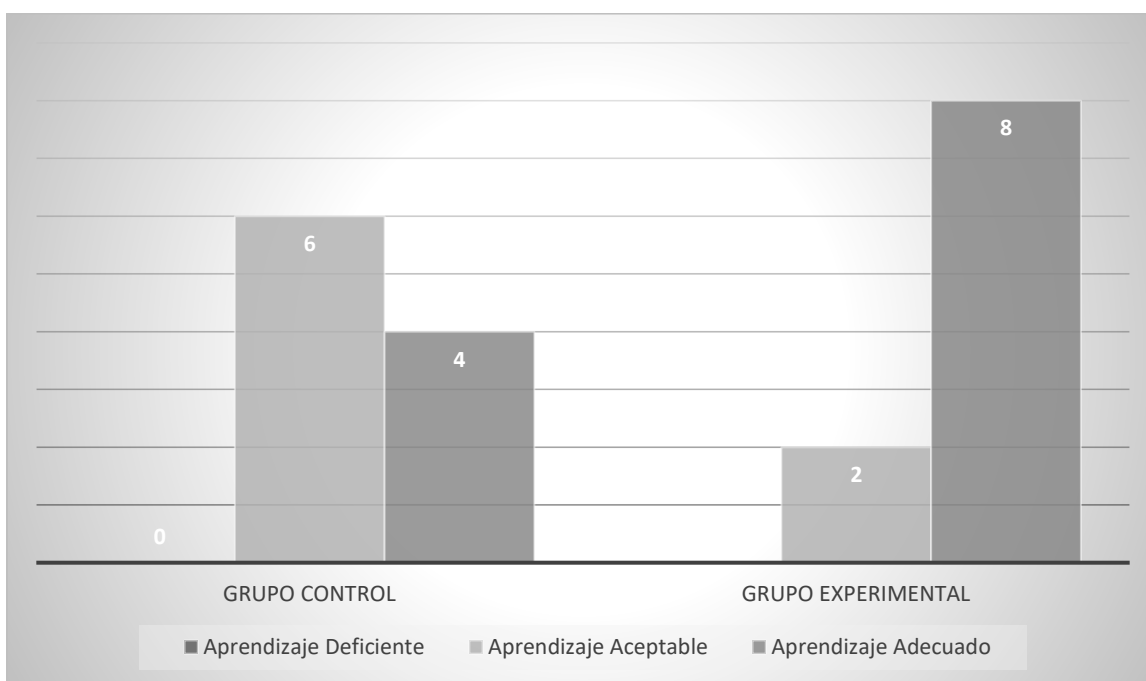
<b>Estadísticos</b>	
<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>29.5</b>
<b>Significancia Asintótica Bilateral</b>	<b>0.718</b>

*Tabla 9 U de Mann-Whitney Postest*

Con base en la tabla 8 (Frecuencias y Porcentajes Postest ambos grupos), podemos argumentar que el grupo experimental (enseñanza mediante simulador), obtuvo puntuaciones más altas en el Postest que el grupo control (enseñanza tradicional); sin embargo, la significancia asintótica bilateral 0.718 es significativa al p valor 0.05, lo que habla de un nivel de error muy alto. Lo anterior nos lleva a aceptar la hipótesis nula, concluyendo que no existen diferencias significativas de aprendizaje del programa de afrontamiento pro-social mediante los distintos tipos de enseñanza probados.

De acuerdo con la tabla, ambos métodos de enseñanza: el Tradicional y el que se da mediante el uso de Simulación Virtual, resultaron útiles al no reportar frecuencias en el Nivel de Aprendizaje Deficiente. Lo que quiere decir que los participantes alcanzaron a superar el nivel promedio.

Podemos observar que de entre los dos métodos, el más eficaz fue el que se llevó a cabo mediante el uso del Simulador Virtual, pues sus frecuencias para el nivel máximo de aprendizaje (Aprendizaje Adecuado), fueron un 40% más altas (8) que las frecuencias obtenidas en el mismo nivel mediante la enseñanza tradicional (4). La enseñanza tradicional logró frecuencias altas en cuanto al segundo nivel de aprendizaje (Aprendizaje Aceptable).

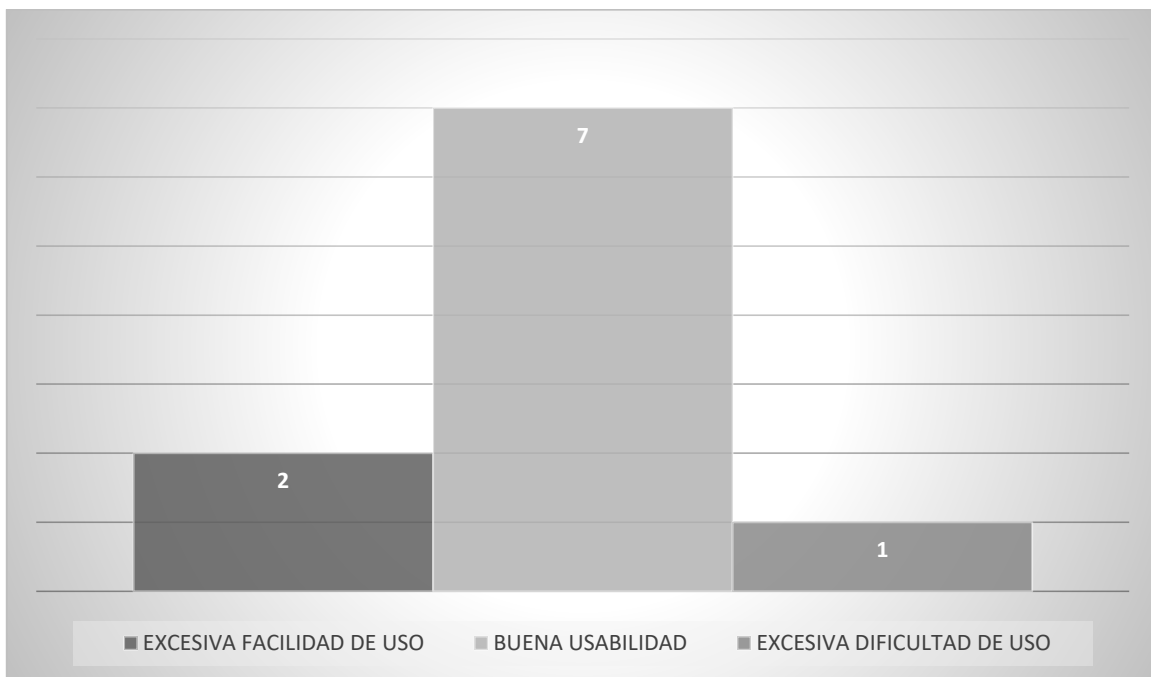


Gráfica 2 Niveles de Aprendizaje de los Grupos Control y Experimental

En cuanto a la evaluación de Usabilidad del Simulador, los resultados indican que un 20% de la muestra lo encontró excesivamente fácil, a un 10% le resultó excesivamente difícil y para un 70% la usabilidad resultó buena. No se eliminó ninguna evaluación de usabilidad, puesto que todas las puntuaciones cayeron dentro de los tres grupos de valores aceptables. De acuerdo con lo anterior,



podemos decir que el Simulador Virtual de la Intervención del Programa de Afrontamiento Pro Social, es accesible al uso y facilita el aprendizaje.



Gráfica 3 Evaluación de Usabilidad del Simulador

## **F. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La violencia es una constante en la actualidad, ya sea de manera directa o indirecta llegamos a tomar un rol de víctimas o victimarios dentro de esta entramada. Aun cuando es un tema común y del cual todos tenemos algo que opinar, pocos instrumentamos acciones para combatirla y erradicarla. Dentro del campo de la Salud y, específicamente dentro del campo de la Salud Mental, este tema tomo gran importancia desde hace algunos años cuando la OMS describió a la violencia como una epidemia que genera graves y permanentes consecuencias en los individuos. Dicho lo anterior, es natural comprender que la Psicología se encuentra íntimamente ligada a la prevención de la violencia y al tratamiento de víctimas y perpetradores. Sin embargo, y aun cuando existen infinidad de tratamientos y programas que pretenden trabajar al respecto, pocos lo logran de manera eficaz.

Uno de los programas que mayor incidencia han tenido al respecto, es la Terapia Familiar Prosocial (PFT por sus siglas en ingles Prosocial Family Therapy) desarrollado por la Doctora Elaine Blechman a finales del siglo pasado. Debido a su éxito, este programa fue adaptado a la población mexicana por la Doctora Georgina Cárdenas a principios de este siglo y fue nombrado como Programa de Afrontamiento Pro Social. Fue debido a la eficacia que el programa demostró al ser aplicado, que se planteó la cuestión de capacitar a los psicólogos clínicos en cuanto a su aplicación. Dicho programa fue precargado en un simulador virtual de enseñanza, con el objetivo de capacitar a los terapeutas interesados en combatir la violencia, enseñando estrategias de afrontamiento positivo.

El presente trabajo tuvo como meta de investigación determinar si la enseñanza mediante simulación virtual reporta diferencias en el nivel de aprendizaje de los contenidos del Programa de Afrontamiento Pro Social (PAPS), comparada con la enseñanza tradicional, en 20 alumnos de sexto semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. A continuación, se describen los principales hallazgos de esta investigación.

En el análisis estadístico se empleó estadística paramétrica (prueba T de Student para muestras relacionadas con la intención de determinar la relación establecida

en cada grupo entre mediciones y su puntaje ganancia) y no paramétrica (U de Mann-Whitney para verificar la homogeneidad entre grupos y para poner a prueba la hipótesis de investigación; es decir, para definir si existen o no diferencias significativas en cuanto al nivel de aprendizaje del PAPS de acuerdo al método de enseñanza empleado; y Kolmogórov-Smirnov con el objetivo de analizar la normalidad de la distribución de cada grupo y decidir por un estadístico paramétrico o no paramétrico). Mediante los resultados obtenidos en el análisis estadístico, podemos decir que la enseñanza mediante simulación virtual es igualmente efectiva que la enseñanza tradicional. Aun cuando la enseñanza tradicional mantuvo al grupo en un nivel de aprendizaje aceptable con una puntuación media de 8.7, y la enseñanza mediante simulación posicionó al grupo en un nivel de aprendizaje adecuado con una puntuación media de 9.2; la diferencia de 0.5 puntos no resultó estadísticamente significativa.

Anteriormente se han realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México dos evaluaciones de simuladores de enseñanza de competencias y entrenamiento en habilidades para psicólogos, con hallazgos similares a los presentados en este trabajo; el primero fue realizado por [Cárdenas et al. \(2012\)](#), quienes evaluaron un simulador para la enseñanza de competencias en cuanto a la entrevista conductual. Dicha evaluación, en la que también se comparó el nivel de aprendizaje obtenido mediante la enseñanza con el uso de simulación virtual y la enseñanza tradicional, reportó que ambas condiciones resultan igualmente efectivas.

Por su parte, [Bravo y Sánchez \(2017\)](#), evaluaron la primera versión del simulador del PAPS con una muestra de 38 estudiantes de psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM, su diseño fue de un solo grupo con pretest y postest, además, anterior al pretest y posterior al postest, se evaluó a los participantes mediante un esquema de competencias, en el cual se probó su habilidad para llevar a cabo la entrevista del PAPS. Los resultados son los siguientes: del total de la muestra (38 participantes), 24 aumentaron sus puntuaciones entre pretest y postest con puntuaciones de media que van de 14.76 a 16.11 respectivamente (de una

puntuación máxima de 20). Aun cuando mediante el estadístico T de Student para muestras relacionadas, se demostró que la diferencia entre puntuaciones no es estadísticamente significativa, se puede apreciar un incremento en el nivel de aprendizaje después de haber cursado el PAPS empleando el simulador. Aunado a esto, los resultados en las entrevistas, evaluados por dos observadores (y analizados mediante el coeficiente Kappa de Cohen) muestran incrementos considerables en las habilidades para conducir la entrevista del PAPS posterior al postest.

En cuanto al simulador como tal, [Iseemberg et al. \(2009; citado en Bravo & Sánchez, 2017\)](#), hicieron una revisión de diversos simuladores y llegaron a la conclusión de que un simulador de enseñanza de competencias y habilidades debe permitir la adquisición de conocimientos justa, que permita al aprendiz incrementar su nivel de pericia en un área, sin dañar a terceros, además, debe ofrecer retroalimentación y la posibilidad de repetirse cuantas veces sea necesario; si el simulador cubre estos requisitos, podemos garantizar que cumplirá con el objetivo de reforzar y/o incrementar habilidades. A esto [Navarro y Santillán \(2009\)](#), suman el componente motivacional que debe tener el simulador y su papel como facilitador del aprendizaje.

El simulador de enseñanza del Programa de Afrontamiento Pro-Social cumple con las características antes mencionadas: permite al aprendiz aumentar su nivel de habilidad en cuanto al manejo de la entrevista en psicología clínica, en un ambiente seguro y controlado tanto para el aprendiz como para los sujetos experimentales (que en este caso son avatares de práctica); ofrece retroalimentación a cada una de las respuestas posibles, sean éstas correctas o incorrectas y puede usarse las veces que el aprendiz considere necesario para aprehender el contenido del PAPS. El componente motivacional se halla en las frases que acompañan a la retroalimentación cuando la respuesta es correcta (*¡Vas muy bien! ¡Continúa de esta manera! ¡Estás muy cerca de dominar el Programa de Afrontamiento Pro Social!*), además de facilitar el aprendizaje con la navegación sencilla y la retroalimentación oportuna. Se puede concluir que el simulador del PAPS permite a

los aprendices adquirir conocimientos teóricos para incrementar su nivel de conocimiento respecto a la entrevista, al tiempo que dichos conocimientos son puestos a prueba mediante un caso real de violencia familiar que debe ser conducido y resuelto mediante una terapia eficaz, dentro de un ambiente controlado. Esto es una pauta para apoyar los resultados obtenidos en el presente trabajo y en las dos investigaciones antes mencionadas.

Estos hallazgos nos permiten establecer que los nuevos métodos de enseñanza de competencias, como lo es en este caso, la enseñanza mediante simulación virtual, merecen un lugar dentro de las aulas y dentro de las currículas de enseñanza, resultando particularmente útiles en la educación a distancia. Misma que puede beneficiarse ampliamente de esta metodología, permitiendo que los conocimientos lleguen a mayor escala y que puedan ser consultados por cualquier persona con acceso a una computadora. Como apoyo a esto, tenemos los resultados en cuanto a la usabilidad del simulador, los cuales muestran que para un 70% de la muestra, resulta sencillo el manejo y la navegación dentro del simulador. Lo anterior, sin duda alguna, es una pauta para la expansión de los conocimientos, pues los alumnos no deben esperar una clase, pueden buscarla y acceder a ella mediante la simulación.

Sin embargo, aun sabiendo de la utilidad de complementar la enseñanza tradicional mediante la simulación virtual; la carencia del uso de esta estrategia es importante. En México, esta herramienta es extensamente conocida tan solo en el campo de la medicina. Uno de los objetivos de este trabajo y de los hallazgos presentados, es que el uso de la simulación virtual en el campo de la enseñanza comience a extenderse, beneficiando a estudiantes de todas las áreas que requieran ambientes de práctica en los cuales puedan ampliar sus conocimientos.

Naturalmente, en este trabajo no se pretende desvirtuar a la enseñanza tradicional, ésta es útil y valiosa; lo que se quiere reflejar, es que la enseñanza mediante simulación virtual resulta en una efectiva herramienta para reforzar, e incluso ampliar los conocimientos aprehendidos en el aula con los profesores. Esto nos pone de cara a la necesidad de diseñar y evaluar nuevos métodos de enseñanza, que sirvan al método tradicional y que permitan a entidades como la máxima casa

de estudios de la nación, expandir aún más los conocimientos expuestos en las aulas por los profesores.

### **1Limitaciones e Investigación Futura**

El presente trabajo tiene las siguientes limitaciones: a) La muestra no representa a la población total de estudiantes de psicología y; b) No podemos garantizar que los resultados obtenidos por los participantes sean un reflejo real de su nivel de aprendizaje, pueden ser puntuaciones obtenidas por respuestas al azar. Sin embargo, los hallazgos permiten situar a las dos condiciones de enseñanza como igualmente eficaces, posicionando a la enseñanza mediante simulación virtual como una herramienta útil en el proceso de enseñanza aprendizaje. Se sugiere que, en la investigación futura, la muestra sea ampliada para que resulte un reflejo válido de la población.

Además, es importante resaltar que la meta del trabajo no fue la evaluación del Programa de Afrontamiento Pro Social, por lo cual, investigaciones futuras deberían cuestionarse acerca de la efectividad del programa en cuanto al cumplimiento de su objetivo: reducción de los índices de violencia delictiva en adolescentes, mediante la enseñanza de comportamientos pro sociales. Lo anterior, con el objetivo de determinar si es valiosa la enseñanza de este programa a los psicólogos en formación que quieren trabajar para combatir la violencia. De lo contrario, las nuevas investigaciones pueden centrarse en hacer mejoras al programa, o en el desarrollo de nuevos tratamientos que resulten efectivos y eficaces. Dichos nuevos programas o tratamientos podrían desenfocar el afrontamiento pro social y dirigirse hacia nuevas perspectivas que se asocien al comportamiento delictivo juvenil.

## G. REFERENCIAS

### Artículos

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor–International Journal of Humor Research*, 15(4), 365-381.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
- Aguilar, M. I. H., & Villegas, A. A. G. (2016). Análisis comparativo de la Escala de Usabilidad del Sistema (EUS) en dos versiones. *RECI Revista Iberoamericana de las Ciencias Computacionales e Informática*, 5(10), 44-58.
- Almenares, A. M., Louro, B. I. & Ortiz, G. M. T. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista cubana de Medicina general Integral*, 15, 285-292.
- Alvarado, Z.G., Salvador, M.J., Estrada, M.S. & Terrones, G.A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Publica Mex*, 40(6).
- Araujo, K., Mauro, A., & Guzmán, V. (2000). El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. *Revista de la CEPAL* (70) 133-145.
- Barcelata, E. B, & Álvarez, A. I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 35-46.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61.
- Batista, M. Á. H. (2002). Las fuentes del aprendizaje en ambientes virtuales educativos. *Reencuentro*, 35, 69-74.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.

- Blechman, E. A., Dumas, J. E., & Prinz, R. J. (1994). Prosocial coping by youth exposed to violence. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 4(4), 205-227.
- Blechman, E.A. & Vryan, K.D. (2000). Prosocial Family Therapy: A Manualized Preventive Intervention for Juvenile Offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 343-378.
- Brooke, J. (1996). SUS-A quick and dirty usability scale. *Usability evaluation in industry*, 189(194), 4-7.
- Brotman, E.B. & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247-253.
- Buvinic, M., Morrison, A., & Shifter, M. (1999). *La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción*. Inter-American Development Bank.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.
- Castro, R., & Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 135-146.
- Chaffin, M., Wherry, J. N., & Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 227-240.
- Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 10-23.
- Cohen, L.H., McGowan, J., Fooskas, S. & Rose, S. (1984). Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder. *American Journal of Community Psychology*, 12(5).



- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127(1), 87.
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico de la violencia en las Américas. *Biomédica*, 22(2), 347-61.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 976-992.
- Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. *Documentación de apoyo, fundación Mujeres*.
- Cortés, D. C., & Justicia, F. J. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.
- Crescentini, C., Chittaro, L., Capurso, V., Sioni, R., & Fabbro, F. (2016). Psychological and physiological responses to stressful situations in immersive virtual reality: Differences between users who practice mindfulness meditation and controls. *Computers in Human Behavior*, 59, 304-316.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1998). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.
- Dutton, M. A. (1992). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra L. Rev.*, 21, 1191.
- Echeburúa, E. & Del Corral, P. (1999). Programas de intervención para la violencia familiar. *Boletín Criminológico*, 1(40), 1-4.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Estrés y Salud. Valencia: Promolibro*. 9-38.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 839.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986, 2). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 1-8.
- Gallego, M. L. V. (2006). Evaluación del aprendizaje para promover el desarrollo de competencias. *Educatio siglo XXI*, 24, 57-76.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611.
- Gelles, R.J. (2001). Child abuse: An overview. En: Clark, R.E., Freeman, J. & Adamec, C. (2007). *The encyclopedia of child abuse*. 3rd Edition. Nueva York (NY): Facts on File: 11-24.
- Ghanbarzadeh, R., Ghapanchi, A. H., Blumenstein, M., & Talaei-Khoei, A. (2014). A decade of research on the use of three-dimensional virtual worlds in health care: a systematic literature review. *Journal of medical Internet research*, 16(2).
- Gilchrist Moreno, A. (1991). Aspectos clínicos del maltrato infantil. *Cuadernos Médico Sociales: Santiago de Chile*, 32(1), 21-7.
- Gómez, F.J., Luengo, M.A., Romero, T.E., Villar, T.P., & Sobral, F.J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con

- el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- González, B.R., Castilla, I. M., Casullo, M. M., & Verdú, J. B. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Gorini, A., Gaggioli, A., Vigna, C., & Riva, G. (2008). A second life for eHealth: prospects for the use of 3-D virtual worlds in clinical psychology. *Journal of medical Internet research*, 10(3).
- Grillo, N. (2012). Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar. Cuando el Incesto se hace realidad. *Psicología. com*, 16(1).
- Hampel, P., & Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of adolescent health*, 38(4), 409-415.
- Hansen, M. (2008). Versatile, immersive, creative and dynamic virtual 3-D healthcare learning environments: a review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 10(3).
- Heinl, R. D., Heinl, N. G., & Heinl, M. (2005). Written in blood: the story of the Haitian people, 1492-1995. *University Press of America*.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5), 946.
- Jones, D. P. (1997). Editorial: Social support and coping strategies as mediators of the effects of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 21(2), 207-209.
- Kenny, P., Parsons, T. D., Gratch, J., Leuski, A., & Rizzo, A. A. (2007). Virtual patients for clinical therapist skills training. *International Workshop on Intelligent Virtual Agents*, 197-210.
- Knaut, F. M., & Ramírez, M. Á. (2003). El Impacto De La Violencia Intrafamiliar En La Probabilidad De Violencia Intergeneracional, La Progresión Escolar y El Mercado Laboral En México. *Caleidoscopio de la salud* 69-88.
- Krasnynskiy, M. N., Nikolaev, A. B., & Ostroukh, A. V. (2012). Application of virtual simulators for training students in the field of chemical engineering and professional improvement of petrochemical enterprises personnel. *International Journal of Advanced Studies*, 2(3), 4.

- Larraín, S., & Bascuñán, C. (2008). Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile: Análisis comparativo. 1994-2000-2006. *Revista chilena de pediatría*, 79, 64-79.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.
- Lempert, L. (1996). Women's strategies for survival: Developing agency in abusive relationships. *Journal of Family Violence*. 11, 269-290.
- Londoño, J. L., & Guerrero, R. (2000). Violencia en América Latina: epidemiología y costos. *Asalto al desarrollo. Violencia en América Latina*, 11-57.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de Motivación y Emoción (Internet)*, 14(37).
- Martínez, C. A., Del Paso, G. A., García, L. A., & González, J. M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez, P. S., Fernández, P. B., Díaz, S. A. H., Menéndez, M. G., Revuelta, J. R., Treviño, L. J., ... & González, M. G. P. (2014). La persona con riesgo suicida: aquí y ahora. Entrevista clínica. *ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA*, 65.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Mitchell, S., Heyden, R., Heyden, N., Schroy, P., Andrew, S., Sadikova, E., & Wiecha, J. (2011). A pilot study of motivational interviewing training in a virtual world. *Journal of medical Internet research*, 13(3).
- Mitchell, R. & Hodson, C. (2013). Coping and social support among battered women: An ecological perspective. In: S. Hobfoll, ed., *Stress, Social Support and Women*, 2nd ed. [online] Nueva York: Routledge, pp.153-168.
- Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(1), 1.

- Morales, F. M., & Trianes, M. V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 275-286.
- Motowidlo, S. J., Dunnette, M. D., & Carter, G. W. (1990). An alternative selection procedure: The low-fidelity simulation. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 640-647.
- Nava, Q. N., Valero, C. Z., & Trujano, R. S. (2009). Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, 9(1), 139-147.
- Navarro, R. E., & Santillán, A. G (2009). Un modelo didáctico basado en el diseño de simuladores: *el.Ide@s CONCYTEG*. 46(14), Año 4.
- Obando, H.I. (2007). Violencia Intradomiliar y Depresión en Mujeres. *Revista de Trabajo Social* (69), 63-70.
- Ochoa, A. C., Rivera, J. C., Monterrubio, T., Baños, M. C. R., & Domínguez, M. J. Z. (2015). Evaluación del Aprendizaje.
- Ortega, S.S., Ramírez, M.M. & Castelán, C.A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la ciudad de México. *Revista Iberoamericana de educación*, (38), 147-169.
- Pámanes G, V., Billings, D. L., & Torres A. L. D. P. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 582-590.
- Pineda, D. J. & Otero, P. L. (2004). Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales*, (17), 19-31.
- Quintana, P., Montgomery, U., & Malaver, S. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *IIPSI*, 12(1), 153-171.
- Quirós, E. (2002). El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspectivas Psicológicas: Ministerio de Salud. Dirección Servicios de Salud, Costa Rica*, 3(4).

- Ramírez, R. J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud pública de México*, 48, 315-327.
- Ramos, M. D. C., Larios, J., Cervantes, D., & Leriche, R. (2007). Creación de ambientes virtuales inmersivos con software libre. *Tema del mes* 8(6).
- Ren, L., Zhang, L., Tao, F., Zhang, X., Luo, Y., & Zhang, Y. (2012). A methodology towards virtualisation-based high performance simulation platform supporting multidisciplinary design of complex products. *Enterprise Information Systems*, 6(3), 267-290.
- Richaud, M.C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47-58.
- Rivera, L. A. & Montero, L. L. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 39-47.
- Rosenbaum, A.J., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(3), 361-366.
- Ruggeroni, C. (2004). A Psychological Cultural approach to VR experiences. *PsychNology Journal*, 2(3), 331-342.
- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 211-226.
- Rusbult, C. E., & Martz, J. M. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(6), 558-571.
- Salas, P. R. S., & Ardanza, Z. P. (1995). La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. *Educación Médica Superior*, 9(1), 3-4.
- Serrano, P. M. & Flores, G. M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216.
- Stevens, J. A., & Kincaid, J. P. (2015). The relationship between presence and performance in virtual simulation training. *Open Journal of Modelling and Simulation*, 3(2).
- Stone, A. A., Kennedy-Moore, E., & Neale, J. M. (1995). Association between daily coping and end-of-day mood. *Health Psychology*, 14(4), 341.
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of personality and social psychology*, 46(4), 892.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, 75-88.
- Suárez, L., & Menkes, C. (2006). La violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 611-609.
- Suresh, S. (2008). Stress and coping strategies. *Management and Labor Studies*, 33(4), 482-487.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of health and social behavior*, 53-79.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13(4), 343-361.
- Torres, S. M. I. (2010). La enseñanza tradicional de las ciencias versus las nuevas tendencias educativas. *Revista Electrónica Educare*, 14(1), 131-142.
- Triola, M., Feldman, H., Kalet, A. L., Zabar, S., Kachur, E. K., Gillespie, C. & Lipkin, M. (2006). A randomized trial of teaching clinical skills using virtual and live standardized patients. *Journal of general internal medicine*, 21(5), 424-429.
- Ulloa Ch, F. (1996). Violencia familiar y su impacto sobre el niño. *Revista chilena de pediatría*, 67(4), 183-187.
- Vicary, J. R., & Lerner, J. V. (1986). Parental attributes and adolescent drug use. *Journal of Adolescence*, 9(2), 115-122.

- Villaume, W. A., Berger, B. A., & Barker, B. N. (2006). Learning motivational interviewing: scripting a virtual patient. *American journal of pharmaceutical education*, 70(2).
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate behavioral research*, 20(1), 3-26.
- Waldrop, A. E., & Resick, P. A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of family violence*, 19(5), 291-302.
- Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(1), 21.
- Weiss, J. M., Stone, E. A., & Harrell, N. (1970). Coping behavior and brain norepinephrine level in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 72(1), 153-160.
- Williams, K., & McGillicuddy-De Lisi, A. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537-549.
- Yawn, B. P., Yawn, R. A., & Uden, D. L. (1992). American Medical Association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Archives of Family Medicine*, 1(39).
- Zink, T. (2006). A lifetime of intimate partner violence: Coping strategies of older women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5).

## **Informes**

Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores OMS INPEA. (2002). *Universidad de Toronto, Ryerson, Notario y Canadá. Toronto.* Recuperado de: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf?ua=1)

Del Río, Z.A. & Santaella, S.A. Secretaría de Salud. (2009). Modelo Integrado para la Prevención y la Atención de la Violencia Familiar y Sexual: Manual de



- Operación. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=379&Itemid=](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=379&Itemid=)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). Panorama de violencia contra las mujeres en México ENDIREH 2011. Recuperado de:  
<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2011/>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2002). Programa Nacional por una vida sin violencia 2002-2006. Recuperado de:  
[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100476.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100476.pdf)
- Juan, L.M. Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico: Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013-2018. *Programa Sectorial de Salud: Gobierno de la República Mexicana*. Recuperado de:  
<http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/PrevencionyAtnViolenciaFamiliarYdeGenero.pdf>
- Lozano, R., Del Río, A., Azaola, E., Castro, R., Pamplona, F., Atrian, M. & Hajar, M. (2006). Informe nacional sobre violencia y salud. *México. 1a edición. ISBN, 970-721*. Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe\\_Nacional-capitulo\\_II\\_y\\_III\(2\).pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional-capitulo_II_y_III(2).pdf)
- Morales, C. C., & Hidalgo, D. M. (2004). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado de:  
<http://bvs.insp.mx/articulos/9/personasvioladas.pdf>
- Olaiz, G.; Uribe, P. & Del Río, A. Secretaría de Salud. (2006). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado de:  
[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/ENVIM\\_2006.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf)
- Peace at Home (PAT). (2004). Violencia Doméstica: Los hechos. Harvard Pilgrim: Health Care Foundation. Recuperado de:  
<http://www.hillsborough.communityatlas.usf.edu/upload/documents/dmviolenspan.pdf>

- Secades, A. Y. (2002). Violencia familiar. Programa mujer y salud (PROMSA). Recuperado de: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7434.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7434.pdf)
- Sierra, F.R., Macana, T.N. & Cortés, C.C. (2006). Impacto social de la violencia intrafamiliar. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33850/9+Violenciaintrafamiliar.pdf/10708fa9-efb1-4904-a9e6-36377ca8a912>
- UNICEF. (2016). Female genital mutilation/cutting: a global concern. *New York: UNICEF*, 1-4. Recuperado de: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_S\\_PREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_S_PREAD.pdf)
- World Health Organization (WHO). (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43431>

### **Libros**

- Case, M.S. & Swanson, D.B. (Tercera Edición: 2006). *Cómo elaborar preguntas para evaluaciones escritas en el área de ciencias básicas y clínicas*. Philadelphia: National Board of Medical Examiners. (Trabajo original publicado en 1996).
- Corsi, J. (1994). Compilador. *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C. & Baptista, L.P. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Piaget, J. (2013). *Psicología de la Inteligencia*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1947).
- Sachs, A.G. (1975). *Medición y Evaluación en Educación, Psicología y Guidance*. Barcelona: Herder.
- Santos, G.M. (1999). *Evaluación Educativa: Un proceso de Diálogo, Comprensión y Mejora*. Santiago de Chile: Magisterio.

### **Páginas electrónicas**

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (7 de febrero del 2017). Situaciones de Violencia Intrafamiliar. Disponible en: [http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia\\_Familiar/Tipos\\_de\\_violencia](http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Tipos_de_violencia)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (28 de marzo del 2017). Temas de salud: Violencia. Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (30 de mayo del 2017). Programas y Proyectos: Envejecimiento y ciclo de vida: El maltrato de los ancianos. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/es/](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/)

### **Protocolos de Intervención**

Cárdenas, L.G., Solano, M.M., Olivares, C.E.I. & Tezcucano, P.A.I. (2003). *Programa de Afrontamiento Prosocial (PAPS): Manual de Entrenamiento para estudiantes de Psicología*. Facultad de Psicología UNAM. México: Proyecto PAPIIT IN 3002003.

### **Simposios**

Cárdenas, L. G., De la Rosa, A., Jurado, S. & Gutiérrez, M. (2012). Evaluación de un simulador, diagnóstico. *Simposio: Psicopedagogía en educación a distancia: Investigación y Práctica*. Facultad de Psicología, Ciudad de México. UNAM 22-24 Agosto 2012.

### **Tesis**

Bravo, S. & Sánchez, B. (2017). Desarrollo y evaluación de un simulador virtual basado en el "Programa de Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento Pro Social" (PAPS). Facultad de Psicología UNAM, Ciudad de México.

## H. ANEXOS

### Anexo I Formato de Auto informe

#### Programa de Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento y Comunicación Prosocial (PAPS)

#### AUTOINFORME



Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**El objetivo de esta forma es que usted anote los problemas o conflictos familiares que ha tenido en su casa. Es importante que informe sobre éstos y tenga un control sobre el tipo de problemas que suceden diariamente con su familia. De esta manera, es posible evaluar si se está teniendo éxito o no. Es importante que conteste las preguntas que aquí se hacen y traiga esta forma en su próxima sesión.**

**Si usted no tiene hijos o vive con su pareja, deje en blanco la pregunta que no corresponda a su situación particular**

#### Instrucciones:

**Marque con una "X" la respuesta que corresponda a su situación personal**

1. ¿Durante la última semana tuvo problemas con su pareja?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Cuantas veces \_\_\_\_\_  
Hubo gritos o insultos \_\_\_\_\_ Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

2. ¿En la última semana tuvo problemas con sus hijos?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Cuantas veces \_\_\_\_\_  
Hubo gritos o insultos \_\_\_\_\_ Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

3. ¿En la última semana tuvo problemas con sus hermanos?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Cuantas veces \_\_\_\_\_  
Hubo gritos o insultos \_\_\_\_\_ Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Durante la última semana tuvo problemas con sus padres?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Cuantas veces \_\_\_\_\_  
Hubo gritos o insultos \_\_\_\_\_ Golpes (manazos, pellizcos, nalgadas, etc.) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

5. ¿Desde la última vez que nos vimos cuántos días fueron buenos en su casa (sin problemas familiares)?

\_\_\_\_\_

6. En la escala del 1 al 5 que tanto espera que el curso le ayudará a resolver sus problemas familiares:

Poco 1 2 3 4 5 Mucho

7. Desde su última cita al curso siente que los problemas en su casa han disminuido:

Poco 1 2 3 4 5 Mucho

8. Su terapeuta se porta amable: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Por que \_\_\_\_\_

9. Te deja hablar: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_



## Anexo II Instrumento Pre Test y Pos Test



### INSTRUMENTO PRE-POST EVALUACIÓN

#### PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PRO-SOCIAL (PAPS)

LEVYC



Nombre: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de evaluar tus conocimientos respecto al Programa de Afrontamiento Pro-Social (PAPS), cada pregunta cuenta con tres opciones de respuesta de las cuales solo una es correcta. Elige la respuesta que consideres correcta para cada una de las preguntas.

#### 1. De las siguientes definiciones, selecciona la que mejor describa al PAPS:

- Pretende que los participantes inicien acciones de inmediata solución para sus problemas y se involucren en un proceso de adquisición de habilidades de afrontamiento y comunicación pro-social.
- Se centra en los problemas actuales que aquejan a los participantes, y en las variables que lo mantienen en el presente, dotándolos de habilidades de afrontamiento y comunicación pro-social.
- Tiene muchas partes de preguntas planteadas de forma directiva, pero también ofrece al sujeto parte de entrevista no directiva, más libre.

#### 2. Principales objetivos del PAPS:

- Se centra en las quejas actuales del sujeto (el aquí y el ahora), se buscan las causas, variables que influyen y variables que mantienen la conducta problemática.
- Busca capacitar a los participantes para resolver problemas en su comunidad, familiares y personales; instrumentando estrategias útiles en cada situación.
- Detallar información objetiva y válida acorde a la situación del entrevistado, ayudar a establecer un plan de tratamiento conociendo los antecedentes de la problemática actual.

#### 3. La estructura del PAPS se conforma de cuatro ejercicios:

- Motivo de consulta, Descripción del Problema, Reglas y Plan.
- Rapport, Encuadre, Resumen y Conclusiones.
- Descubrimiento, Reunión, Reglas y Plan.

#### 4. ¿En qué consiste el propósito del primer ejercicio del PAPS?

- Se enfoca en que los participantes hablen del problema que los lleva a sesión, con el objetivo de identificar el de mayor prioridad y comenzar a trabajar en él.

- b) Busca mostrar el progreso que los participantes están teniendo dentro del programa, además de indicar si la ruta planteada es la adecuada o requiere cambiar.
- c) Pretende arrojar información que indique la gravedad del problema que los participantes están viviendo, de tal manera, la intervención puede ser modificada.

**5. El propósito del segundo ejercicio del PAPS es:**

- a) Capacitar a los participantes para que logren desarrollar sus habilidades de resolución de problemas.
- b) El propósito es ayudar a los participantes a que hablen abiertamente sobre la situación que los lleva a sesión y a que escuchen con aceptación a los demás miembros.
- c) Lograr que los participantes expresen claramente el problema que los trae a sesión para plantear una jerarquía de solución, de acuerdo a la gravedad de los problemas.

**6. ¿Cuál es el propósito del tercer ejercicio del PAPS?**

- a) Consiste en desarrollar un plan estructurado que los participantes puedan aplicar en cada una de las situaciones problemáticas que se presenten.
- b) Busca que los participantes expresen la forma en que viven la situación problema, para evaluar de qué forma está afectando.
- c) El propósito es ayudar a los participantes a acordar reglas bajo las cuales una conducta pueda ser considerada como apropiada y aceptable y, a fijar consecuencias de incumplimiento.

**7. ¿Para qué sirve el cuarto ejercicio del PAPS?**

- a) Para ayudar a los participantes a tener más días buenos (reduciendo la frecuencia de los problemas), instrumentando las soluciones acordadas.
- b) Para diseñar un plan que pueda ser aplicado para resolver cada una de las situaciones problema que se presenten a los participantes.
- c) Para categorizar las dimensiones del problema.

**8. ¿Qué utilidad tienen las gráficas?**

- a) Determinan la gravedad que el problema tuvo en la última semana, ya que cada día se registra la intensidad del mismo.
- b) Muestran el número de días con problemas, así como el progreso o retroceso dentro del programa, además de indicar si la ruta planteada es la adecuada o requiere cambiar.
- c) Permiten visualizar la forma en que el problema está repercutiendo sobre las diferentes áreas de la vida de los participantes.

Las siguientes afirmaciones cuentan con dos opciones de respuesta, selecciona la opción VERDADERO si consideras que la afirmación es correcta; y selecciona la opción FALSO si piensas que es incorrecta.

PROYECTO PAPIME FE300113: SIMULADORES PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA

9. El llenado del formato de Autoinforme sirve al terapeuta para diseñar las gráficas cada semana.

VERDADERO

FALSO

10. Al final de la sesión, el terapeuta debe pedir a los participantes que mencionen los problemas que se trataran en la sesión siguiente; lo anterior permitirá que el terapeuta planee los próximos ejercicios.

VERDADERO

FALSO

I



## Anexo III Instrumento de Usabilidad

### Sistem Usability Scale (SUS)

1. Creo que me gustará visitar con frecuencia este simulador

En completo desacuerdo-----Completamente de acuerdo  
1-----2-----3-----4-----5

2. Encontré el simulador innecesariamente complejo

En completo desacuerdo-----Completamente de acuerdo  
1-----2-----3-----4-----5

3. Pensé que era fácil utilizar este simulador

En completo desacuerdo-----Completamente de acuerdo  
1-----2-----3-----4-----5

4. Creo que necesitaría del apoyo de un experto para recorrer el simulador

En completo desacuerdo-----Completamente de acuerdo  
1-----2-----3-----4-----5

5. Encontré las diversas posibilidades del simulador bastante bien integradas

En completo desacuerdo-----Completamente de acuerdo  
1-----2-----3-----4-----5



6. Pensé que había demasiada inconsistencia en el simulador

En completo desacuerdo ----- Completamente de acuerdo  
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

7. Imagino que la mayoría de las personas aprenderían muy rápidamente a utilizar el simulador

En completo desacuerdo ----- Completamente de acuerdo  
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

8. Encontré el simulador muy grande al recorrerlo

En completo desacuerdo ----- Completamente de acuerdo  
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

9. Me sentí muy confiado en el manejo del simulador

En completo desacuerdo ----- Completamente de acuerdo  
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

10. Necesito aprender muchas cosas antes de manejarme en el simulador

En completo desacuerdo ----- Completamente de acuerdo  
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

## Anexo IV Formato de Consentimiento Informado

### Enseñanza mediante Simulación Virtual



Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología



#### FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Yo [REDACTED] otorgo mi consentimiento para participar en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología dentro del programa de “SIMULADORES VIRTUALES PARA EL ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS PARA PROFESIONISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.”. El tipo de evaluación que recibiré, el propósito de la evaluación, los procedimientos a seguir y los posibles riesgos me han sido explicados por (escribir nombre completo del terapeuta): [REDACTED]

Entiendo que:

1. La evaluación que recibiré consistirá en una sesión en computadora.
2. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. La información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.
3. Durante esta evaluación me puedo rehusar a contestar cualquier pregunta que me sea hecha, o negarme a participar en procedimientos específicos que se me soliciten. Si mi negativa provoca que mi participación sea considerada sin interés o valor científico, entonces mi participación puede ser cancelada y me será ofrecida una alternativa de tratamiento.
4. Entiendo que no es una terapia y que este proceso de evaluación no tiene costo alguno, ni me compromete a nada.

Confirmando que esta evaluación psicológica será conducida de acuerdo a las condiciones y procedimientos que se fijaron anteriormente y conforme procedimientos éticos.

FECHA: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

FIRMA \_\_\_\_\_

E-MAIL: [REDACTED]



Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología



### FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Yo [REDACTED] otorgo mi consentimiento para participar en el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología dentro del programa de “SIMULADORES VIRTUALES PARA EL ENTRENAMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS PARA PROFESIONISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.”. El tipo de evaluación que recibiré, el propósito de la evaluación, los procedimientos a seguir y los posibles riesgos me han sido explicados por (escribir nombre completo del terapeuta): [REDACTED]

Entiendo que:

5. La evaluación que recibiré consistirá en una sesión de enseñanza tradicional.
6. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. La información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.
7. Durante esta evaluación me puedo rehusar a contestar cualquier pregunta que me sea hecha, o negarme a participar en procedimientos específicos que se me soliciten. Si mi negativa provoca que mi participación sea considerada sin interés o valor científico, entonces mi participación puede ser cancelada y me será ofrecida una alternativa de tratamiento.
8. Entiendo que no es una terapia y que este proceso de evaluación no tiene costo alguno, ni me compromete a nada.

Confirmando que esta evaluación psicológica será conducida de acuerdo a las condiciones y procedimientos que se fijaron anteriormente y conforme procedimientos éticos.

FECHA: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

FIRMA \_\_\_\_\_

E-MAIL: [REDACTED]