



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON
MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA”**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

**GALLEGOS HUERTA SUGUEYLI AMAYRANI
ZÚÑIGA BAUTISTA MÓNICA**

Directora: Dra. Carolina Santillán Torres Torija
Dictaminadores: Lic. María Del Rosario Guzmán Rodríguez
Lic. María Salomé Ángeles Escamilla



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 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.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra segunda casa: la UNAM, por brindarnos la oportunidad de aprender, conocer, crecer y desarrollarnos, profesional y personalmente; por ofrecernos herramientas y recursos para que hoy sea posible este logro. A la FESI por acogernos y ser un espacio majestuoso, enriquecedor y punto de encuentro con personas especiales como profesores y compañeros colegas.

Al Instituto Naucalpense de la Mujer, nuestra gratitud por el apoyo y confianza brindada e inclusión durante nuestra estancia. Gracias por mostrar profesionalismo y dar cabida a la elaboración de este proyecto plasmado en esta tesis; por la oportunidad de integrarnos al equipo de trabajo y por posibilitarnos desempeñar nuestra disciplina y a su vez ser agentes de cambio.

A nuestra asesora de tesis: la Dra. Carolina Santillán Torres Torija, gracias por aceptarnos como tesis, por orientarnos a lo largo de este proceso y compartir con nosotras su tiempo, conocimientos, experiencias y pasión por la psicología. Y gracias también a las licenciadas María del Rosario Gúzman Rodríguez y María Salomé Ángeles Escamilla por el apoyo en este proyecto, nuestra gratitud y admiración para ustedes. Gracias a las tres por compartir sus saberes y práctica de una área vasta y gratificante como lo es la clínica y con ello ser elementos activos en nuestra formación profesional.

A cada una de las mujeres que participaron en este estudio, por compartir su experiencia, ofrecer su confianza y permitirnos ser parte del cambio y sumar esfuerzos con ellas en la lucha por salir delante de una situación tan adversa como lo es la violencia. Nuestro mayor reconocimiento para ellas.

A nuestras familias por motivarnos día a día a seguir adelante, por creer y confiar en nosotras, por todo su cariño, paciencia y apoyo. Por ser la base y pilares fundamentales en nuestra formación. Este proyecto es resultado de años de dedicación y esfuerzo de ustedes, este logro grato es de todos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PARTE I. MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA	3
1.1 Definición de violencia	3
1.2 Violencia contra las mujeres	8
1.3 Tipos de violencia.....	14
1.4 Ámbitos de la violencia.....	17
CAPÍTULO 2: CONSIDERACIONES	22
2.1 Incidencia y etiología.....	22
2.2 Factores asociados	33
2.3 Dinámica de la violencia.....	38
2.4 Consecuencias	41
2.4.1 Consecuencias económicas.....	42
2.4.2 Consecuencias físicas	44
2.4.3 Consecuencias en la salud	44
2.4.4 Consecuencias psicológicas.....	45
2.4.5 Consecuencias culturales y sociales.....	52
CAPÍTULO 3: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA.....	54
3.1 Modelos explicativos de intervención	60
3.2 Prevención.....	75
PARTE II. INVESTIGACIÓN.....	81
CAPÍTULO 4: MÉTODO	81
4.1 Justificación.....	81
4.1.1 Teórica.....	81
4.1.2 Práctica	82
4.2 Planteamiento del Problema.....	83
4.2.1 Pregunta de Investigación.....	83
4.2.2 Objetivo General	83
4.2.3 Objetivos específicos.....	83

4.2.4 Hipótesis de investigación	84
4.2.5 Definición Conceptual.....	85
4.2.5.1 Variables Independientes.....	85
4.2.5.2 Variables Dependientes	85
4.2.6 Definición Operacional de Variables	86
4.2.6.1 Variables Independientes.....	86
4.2.6.2 Variables Dependientes	87
4.3 Metodología.....	88
4.3.1 Tipo de Estudio	88
4.3.2 Tipo de Investigación	88
4.3.3 Tipo de Diseño.....	89
4.3.4 Participantes.....	89
4.3.5 Escenario	90
4.3.6 Materiales	90
4.3.7 Herramientas.....	90
4.3.8 Instrumentos	90
4.3.9 Procedimiento	92
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	96
5. 1 Descripción de la población	96
5.2 Descripción de resultados	97
5.3 Análisis estadístico	104
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	107
REFERENCIAS	132
ANEXOS.....	147

INTRODUCCIÓN

La presencia de la violencia ha resultado ser una constante en la vida diaria, por lo que es indudable afirmar que impregna todos los ámbitos de ésta; al ser percibida por la mayor parte de la población como un componente en las relaciones humanas, su práctica se ha normalizado; situación que requiere de atención multidisciplinaria ya que se trata de un fenómeno complejo en el que interactúan diversos factores de tipo culturales, políticos y psicológicos, por mencionar algunos. El acto de violencia conlleva el desconocimiento de los derechos humanos y atenta contra la integridad y desarrollo óptimo de los individuos, por esta razón, actualmente es considerado como una problemática de índole social y de salud pública. Si bien es cierto que, desafortunadamente, la violencia se presenta en todos los sectores de la población, un gran número de actos violentos prevalecen en contra de las mujeres, pero esta situación no se presenta en aislado. El reconocimiento de los derechos de la mujer no se dio sino a principios del siglo XX y fue gracias a los diversos movimientos feministas que este asunto se integró en el análisis y discusión pública global, de tal manera que, en el año de 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres.

En la actualidad, la violencia contra las mujeres es una situación con elevada tasa de incidencia, y partir de ello se enfatiza la necesidad de la realización de estudios con el objetivo de crear políticas públicas así como programas de intervención acordes a los requerimientos y condiciones sociales.

Este trabajo pretende constituir un apoyo a las diversas acciones implementadas desde el área de la psicología en atención a las mujeres en situación de violencia y sobre todo, una respuesta al compromiso académico y social adquirido como profesionales y como ciudadanía. El objetivo consiste en diseñar e implementar un programa de intervención a partir del enfoque cognitivo conductual con mujeres violentadas para valorar su efectividad.

De esta manera y para profundizar y lograr una comprensión del fenómeno de la violencia, la estructura teórica del presente trabajo está dividida en tres capítulos. En el capítulo uno, titulado *Conceptualización de la violencia* se aborda las generalidades del tema de la violencia, es decir, la definición, los tipos de violencia existentes, así como los

ámbitos en que se presenta y dado que el principal interés del presente trabajo radica en el tema de la violencia contra la mujer, se hará una revisión específicamente de ello. En el segundo capítulo *Consideraciones*, se describe los factores que tienden a asociarse con la violencia y el ciclo que sigue en las relaciones interpersonales, en este apartado se hace hincapié a las repercusiones derivadas de la violencia, prestando especial atención al aspecto psicológico con el fin de sustentar la necesidad de intervención. El capítulo tercero *Fundamentación teórica y práctica* aborda los modelos psicológicos que ofrecen una explicación y tratamiento para dicha situación, principalmente el enfoque cognitivo conductual, derivado de ello y de manera general se muestra información de la intervención en casos de violencia y estrategias implementadas para la prevención.

Por otro lado, la segunda parte de esta tesis y el meollo del presente trabajo, está desarrollado en el capítulo 4 *Método*, y comprende el planteamiento del problema y la respectiva metodología, que como es sabido, refiere los criterios y procedimientos generales que guían el trabajo de investigación para alcanzar el conocimiento del fenómeno a estudiar.

En el capítulo 5, se presentan los resultados de la intervención efectuada; en este apartado se describen y analizan los datos obtenidos con las participantes del estudio. Finalmente, el capítulo 6 es la sección correspondiente a la discusión, en la que se incluyen los hallazgos principales del estudio retomando tanto elementos de la intervención como los resultados de la misma y contrastándolos con el marco teórico previamente desarrollado; asimismo se centrará en detallar algunos problemas teóricos y metodológicos presentados y propuestas de solución a estos mismos.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA

El estudio de los fenómenos obedece principalmente, a que permite adentrarse en aspectos importantes de los mismos y con ello al conocimiento y a una mejor comprensión de la realidad. Es indudable que, cualquier investigación debe cumplir con determinados requisitos, siendo el principal el de veracidad. Asimismo, la información debe ser significativa, y como punto de partida es la búsqueda de definiciones previamente establecidas y de datos que sean de utilidad, siendo estos abordados desde una determinada perspectiva de análisis. Bajo estas premisas es como este primer capítulo bosqueja la definición de violencia y la diferencia que han señalado algunos autores respecto al concepto de agresión. Por otra parte, el segundo apartado de este capítulo está dedicado a describir la temática de la violencia contra la mujer, con el fin de delimitar la población. Igualmente, se tratará la clasificación y ámbitos en los que la violencia tiene cabida de acuerdo con estudios de algunas instituciones.

1.1 Definición de violencia

La violencia ha sido fenómeno de estudio de diversas disciplinas y por ende, abordado desde diferentes enfoques con el fin de aportar una explicación de las causas, efectos y por supuesto, propuestas de intervención; es indudable que hablar de violencia supone diversos factores asociados, por esta razón, se ha enfatizado que su conceptualización se genere de manera holística, recurriendo a toda una gama de conocimientos y competencias profesionales, brindando así, espacio al trabajo multidisciplinario, fungiendo este como complemento y no como elemento de confusión conceptual, es decir, se debe evitar que cada una de las disciplinas se pierda en lo que le corresponde tratar y que los campos adicionales reemplacen las explicaciones de un área determinada. Para lograr este objetivo y como supone la metodología de todo objeto de estudio, se requiere establecer una definición para delimitar y determinar lo que se investigará; en el caso de la violencia supone un reto dada las variadas y complejas manifestaciones. La dificultad para ofrecer una única y consensuada definición de violencia tiene que ver con los diversos matices que

esta puede adquirir de acuerdo a las normas sociales establecidas y la amplia variedad de códigos morales establecidos, esto es, los comportamientos aceptados y no aceptados en un grupo, por lo tanto pueden formularse tantas definiciones como disciplinas, autores, objetivos e intereses existan. La afirmación anterior, conlleva el supuesto de que la conducta es la interacción entre el organismo y el medio y de dicha interacción se formulan predicados con el objetivo de nominalizar formas de comportamiento, por ello, a las formas de comportamiento que se les denomina violentos dependen de los parámetros sociales establecidos, de esta manera, la violencia es una atribución que se hace a los tipos de interacciones en un determinado contexto.

Asimismo, el conflicto para definir la violencia está vinculado con la escasez de información de cómo se presenta; suele ser un tema considerado de la esfera privada y no se frecuenta hablar públicamente y sin censura de lo que sucede, en específico de los diversos comportamientos violentos que tienen cabida en las relaciones, siendo un obstáculo para que la violencia sea visibilizada y por lo tanto atendida. El hecho de que sea un asunto evitado también conlleva a que predomine la idea de que la violencia se caracteriza solamente por el uso de la fuerza física, no obstante, se presentan otros tipos de violencia de los que no se dialogan y que además no se reconocen fácilmente y que por supuesto, se llegan a legitimar socialmente.

Considerando lo anterior, este primer capítulo se enfocará a esbozar, ¿qué es la violencia?, sin embargo, antes de responder de manera directa y literal la cuestión, es importante señalar como generalidad que la violencia ha sido declarada como un grave problema social y de salud pública debido a su alta prevalencia y al ser una de las primeras causas de muerte, afectando directamente en la calidad de vida de los individuos. De acuerdo con el Informe mundial sobre la violencia y la salud publicado por la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2002), para la Organización Mundial de la salud (OMS), anualmente 1.6 millones de personas pierden la vida violentamente en todo el mundo, posicionando a la violencia como una de las principales causas de muerte en la población del rango de edad comprendida entre los 15 y 44 años y dejando a muchas más personas con algún problema de tipo físico, sexual y/o mental.

Enfatizar el trabajo por definir la violencia es relevante, ya que, es un indicio del reconocimiento del problema y la base para acrecentar los conocimientos y así poder contribuir a la elaboración y establecimiento de medidas eficaces fundamentadas en conocimiento científico.

Como punto de partida y en busca de una definición conceptual, el diccionario de la Real Academia Española, RAE (2018a) establece que la violencia proviene del latín *violentia* (uso excesivo de la fuerza) y refiere a: “1. f. Cualidad de violento, 2. f. Acción y efecto de violentar o violentarse, 3. f. Acción violenta o contra el natural modo de proceder y, 4. f. Acción de violar a una persona.”

Como es evidente, estas definiciones no dan sustento teórico suficiente para el estudio del fenómeno, por ello, algunos organismos internacionales, principalmente la Organización Mundial de la Salud, han tomado cartas en el asunto incorporando el tema en su agenda. Dicha organización ha elaborado una definición desde la perspectiva de la salud pública, la cual pretende seguir los principios del método científico; dicho enfoque concede mayor atención a la prevención de enfermedades, y tiene como objetivo incrementar y mejorar la atención ofrecida a los individuos en todas las poblaciones; para lograr este cometido se vale del trabajo colaborativo de toda la gama de sectores que convergen. De esta manera la Organización Mundial de la Salud (2003) esclarece que:

“La violencia es el uso deliberado de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones.” (pág.5)

Asimismo, la OMS en su Informe mundial sobre la violencia y salud publicado por la OPS (2003), explica que la inclusión de la frase “uso intencional de la fuerza o poder” permite ampliar la naturaleza de lo que se considera un acto de violencia, ya que se da espacio a los comportamientos que resultan de una relación de poder, lo que incluye el descuido o los actos por omisión y no solamente los actos por acción más evidentes. También se hace hincapié en que dicha definición lleva implícitos otros aspectos de la

violencia, por ejemplo, que sean públicos o privados, sean reactivos (en respuesta a acontecimientos anteriores) o activos y si tienen carácter delictivo o no (OPS, 2003).

Siguiendo esta misma línea, para Caixba (2006, citado en Solis, 2014), la violencia es considerada a partir de un comportamiento, sea un acto u omisión, cuyo propósito es ocasionar un daño a otra persona y en el que la acción transgrede los derechos. Respecto a la premisa de intencionalidad señalada, la OMS (OPS, 2003) advierte ser cuidadosos visto la complejidad del término en el terreno práctico ya que, el hecho o la intención de emplear la fuerza no conlleva necesariamente la intención de causar daño, en otras palabras, una persona puede comportarse de tal manera que llegue a generar resultados adversos para la integridad, pero dichos efectos no son las consecuencias intentadas o bien, no son percibidas por el individuo que cometió el acto.

A manera de resumen de dicha definición presentada se acentúan elementos que son importantes de considerar, tal como que se trata de un acto deliberado, es decir, se atribuye a un comportamiento voluntario o intencional, de otra manera, no se consideraría como violencia, también, se engloban los actos de tipo interpersonales, actos suicidas y los conflictos armados; se externa que puede tratarse de una variedad de comportamientos, no solamente reducirlos al aspecto físico y comprende aspectos relacionados a la salud y el bienestar, esto es, que puedan poner en riesgo el desarrollo de los individuos.

Por otra parte, es fundamental y posible establecer la distinción entre los conceptos de *agresión* y *violencia* ya que hay tendencia a equipararse y por ende, a su confusión. Primeramente, abordaremos el concepto de agresión el cual según el diccionario de la RAE (2018b) proviene del latín *aggressio*, *-ōnis* y significa: “1. f. Acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño. U. t. en sent. fig., y 2. f. *Der.* Ataque armado de una nación contra otra, sin declaración previa.”

Dicha referencia no permite delimitar la diferencia entre los términos en cuestión y nuevamente queda limitado el contenido. Por otro lado, Archer (citado en Ortega y Alcázar, 2016) argumenta que la agresión se trata de una conducta normal y fisiológica que tiene la función de favorecer la supervivencia, satisfacer necesidades vitales o amenazas. Es así como la agresión es considerada como el conjunto de conductas con la función de adaptación a situaciones de peligro que ponen en riesgo la estabilidad de un organismo y ha

cumplido un papel fundamental en la evolución. Siguiendo esta línea, la distinción entre agresión y violencia para algunos autores está basada en criterios biológicos y culturales. Jiménez en el año 2012 sustenta que la violencia es cualquier acción (o inacción) realizada a otro ser humano con el propósito de causarle daño físico o de otro tipo, sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia, por lo tanto, no está en los genes de los seres humanos sino en su ambiente, de tal manera que el elemento biológico es insuficiente para explicarla. Este autor se basa en lo señalado por la UNESCO, organización que retoma un documento denominado *El Manifiesto de Sevilla*, desarrollado por especialistas y expedido en el año de 1986 que tuvo como finalidad refutar el determinismo biológico, en este documento se estipula que la violencia se trata de un ejercicio de poder y que es científicamente incorrecto asegurar que la fisiología obliga a reaccionar violentamente o decir que la guerra es un fenómeno instintivo.

Por su parte, Carrasco y González (2006) afirman que la agresividad es un comportamiento básico y primario y que los etólogos han detectado agresiones en toda la escala animal, circunstancia que no sucede con la violencia, casi exclusiva del ser humano.

Estos supuestos llevan a afirmar que la violencia es aprendida en un contexto específico, en apoyo a lo señalado, la OMS (OPS, 2003) reporta la existencia de investigaciones que indican la predisposición por determinados factores biológicos a la agresión pero que al interrelacionarse con factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos modelan el comportamiento favoreciendo el surgimiento de la violencia.

De acuerdo con Vassos, Collier y Fazel (2014, citado en Ortega y Alcázar, 2016), la agresión y la violencia no son dos categorías separadas y se pueden considerar conductas que en dosis moderadas asisten a la adaptación y supervivencia en entornos ambientales exigentes. De este modo, la agresión y la violencia podrían considerarse como parte de una misma dimensión continua, en la que la violencia es el resultado final de una cadena de eventos en los cuales los riesgos se van acumulando y se refuerzan unos a otros, hasta que la conducta violenta se dispara en una situación específica (Gronde, Kempes, Van El, Rinne y Pieters, 2014, citado en Ortega y Alcázar, 2016).

Este conjunto de premisas ayuda a atribuir un significado alternativo a la raíz etimológica de violencia y con ello a generar una comprensión diferente a la convencional; la violencia conlleva el ejercicio de la fuerza y se puede presentar en diversos ámbitos (los cuales serán expuestos más adelante), no obstante, el común denominador, independientemente del lugar donde se manifieste, es el concepto de poder.

A lo largo del desarrollo de la humanidad, la violencia ha sido visualizada como un continuo en las relaciones; si bien es cierto que lo habitual es que se presenten conflictos en la vida cotidiana de cualquier comunidad, el problema estriba en la tendencia a resolverlos de manera violenta, y esto resulta preocupante puesto que, se considera como un comportamiento aceptable, como un componente inevitable y en muchas ocasiones es justificado, no obstante, estas situaciones no se presentan de manera aislada y responde al momento en que se vive, por ello es imprescindible retomar los elementos políticos, económicos, sociales y culturales de un determinado contexto para obtener avances en esta materia.

La OMS (2013c) indica que el costo económico de la violencia para los países es muy elevado puesto que incluye la provisión de servicios de salud, sociales y jurídicos, así como ingresos perdidos, no obstante, las consecuencias trascienden más allá de meras cifras económicas, las cuales serán abordadas más adelante, haciendo énfasis en la población de mujeres y en su integridad.

1.2 Violencia contra las mujeres

El asunto de la violencia contra la mujer tomó preponderancia gracias a la participación de algunas organizaciones y al surgimiento de movimientos de mujeres alrededor del mundo, dando como resultado que las variadas manifestaciones de la violencia fueran foco de atención pública y adjudicarla como responsabilidad de los Estados (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2013), en su publicación titulada *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENIREH*, describe que, en el año de 1979, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) fue el primer organismo internacional en reconocer la gravedad de la violencia contra las mujeres,

considerándola como un crimen encubierto, de tal manera que para 1980 creó la Convención para Erradicar la Discriminación Contra la Mujer. La década de los noventa se caracterizó por la implementación de acciones claves, producto de los esfuerzos continuos para sensibilizar respecto al tema y consolidar normas para ser abordado. Es así como 1993 es un año significativo, ya que en Viena se celebró la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en la cual las mujeres se organizaron para demandar que se reconociese a la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006), de tal manera que este acontecimiento dio apertura a que internacionalmente se acentuara la violencia contra la mujer como un atentado a los derechos humanos, propiciando mayor activismo en la defensa de los mismos.

En esta misma conferencia la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer presentó una definición de la violencia contra la mujer, contemplando la participación y compromiso de los Estados para su erradicación. Es importante examinar que la integración de dicho concepto es relativamente reciente y resulta ser una expresión del reconocimiento de la realidad, esa realidad en la que se vive el maltrato a las mujeres. Por otro lado, en 1994 en Brasil, la Asamblea general de la OEA adoptó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres y en 1995 en la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre las Mujeres, celebrada en Beijing, se declaró que la violencia constituye un obstáculo para el logro de objetivos de equidad y desarrollo, puesto que limita y anula el ejercicio de las libertades fundamentales y la capacidad para aprovechar las aptitudes (INEGI, 2013). Si bien es cierto que durante la década de los noventa se obtuvo un progreso en el reconocimiento y definición de la violencia, las acciones específicas para prevenirla, erradicarla y sancionarla no tuvieron gran impulso hasta la primera década del siglo XXI (INEGI, 2017).

Pero, ¿qué importancia tiene abordar el reconocimiento de la violencia contra la mujer y establecer tal distinción?, a pesar que el asunto de la violencia se trata de una problemática mundial, esta afecta a grupos poblacionales más vulnerables, tal como niños, ancianos y mujeres. En este último sector se han registrado alarmantes cifras de violencia y de acuerdo con la OMS (2014), la violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida y a una muerte prematura especialmente en el caso de las mujeres.

Enfocar la atención de la violencia hacia la mujer no significa negar o subestimar que los hombres y los niños son también víctimas de violencia, sino admitir que ciertas formas de violencia (especialmente la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual) afectan desproporcionadamente a las mujeres y la mayoría de las muertes de esta población son precisamente resultado de estas formas de violencia (Heise, García y Moreno, 2003, citado en OMS, 2013a).

Siguiendo esta misma línea, la OMS (2013a), en su hoja informativa titulada *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Panorama General*, explica que las características de la violencia contra la mujer son diferentes de la violencia contra los hombres ya que estos tienen más probabilidades de morir por conflictos armados, violencia interpersonal infligida por desconocidos y suicidio, mientras que en el caso de las mujeres, es alguien cercano a ellas quien las asesina; este último hecho abre la posibilidad de discutir si cuando existen vínculos afectivos establecidos se propicia que los actos violentos incurran con más facilidad e incluso que el número de abusos aumente. Dada la situación es como se ha optado por abordar y profundizar el tema desde una perspectiva de género; cabe hacer énfasis que al decir “enfoque de género” no se remite únicamente a la mujer, sino a aquella perspectiva que hace hincapié en una organización social en la que hombres y mujeres gocen de los mismos derechos y oportunidades, de esta manera, al emplear el término “violencia de género” se destaca que gran parte de la violencia contra la mujer tiene sus raíces en las desigualdades de género establecidas.

Una vez especificado lo anterior y con base en el artículo primero de la Declaración para la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (ONU, 1993) de la que hace referencia al inicio del presente capítulo, se suscribe que por violencia contra la mujer se entiende:

“...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.” (pág.2)

Por otro lado, en México la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015) define a la violencia contra las mujeres como:

“Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.” (pág. 2)

Es un hecho indudable que la violencia afecta la libertad, dignidad y seguridad de las personas y tal como se expresa en las definiciones ya planteadas, hay un común acuerdo en que esta puede ser multiforme pues tiene diferentes características, se manifiesta con diversos matices interrelacionados, ya sea en situaciones cotidianas o extraordinarias y además perjudica a las personas más cercanas de quien la vive (INEGI, 2013).

De acuerdo con la Asamblea General de las Naciones Unidas (2006), las formas más comunes de violencia contra la mujer comprenden: a) la violencia infligida por la pareja y otras formas de violencia familiar; b) la violencia sexual; c) la mutilación genital femenina; d) feminicidio, e) tráfico de personas, incluida la prostitución forzada y la explotación económica y, f) la violencia contra la mujer en situaciones de emergencias humanitarias y conflictos.

A pesar de que coexisten diversas formas de violencia y que cada una de ellas merece ser analizada y tratada, en este apartado se dará espacio a explicar el acto extremo de violencia: el feminicidio. De acuerdo con Campbell (2007, citado en OMS, 2013b), una gran cantidad de feminicidios se cometen contra mujeres involucradas en relaciones violentas y sus perpetradores son parejas actuales o anteriores.

El feminicidio se entiende como el asesinato intencional de una mujer por el hecho de ser mujer. En esta parte debemos puntualizar que no se asesina literalmente por ser mujer, es decir, por tener una vagina, sino por las condiciones sociales de género: no es el cuerpo, es la idea de diferencia entre sexos y en muchos casos, el feminicidio implica violencia innecesaria antes, durante y después de la muerte de una mujer. En apoyo a lo anterior, el INEGI (2017) puntualiza que las mujeres son asesinadas con mayor violencia ya que se hace uso de medios que producen mayor dolor, que prolongan el sufrimiento antes de morir y conlleva la aplicación de la fuerza corporal para someterlas. La Cámara de

Diputados, H. Congreso de la Unión (2018) en el Código Penal Federal de México, en el artículo 325, especifica que en el feminicidio se considera que existen razones de género cuando concurren determinadas circunstancias como, que el cuerpo sea expuesto o exhibido en un lugar público, que existan antecedentes o datos de cualquier tipo de violencia en el ámbito familiar, laboral o escolar o datos que establezcan que hubo acoso o amenazas relacionadas con el hecho. En México los datos resultan ser abrumadores, ya que con base en la información recolectada respecto el medio utilizado para causar la muerte de una persona en el año 2016 en nuestro país, se observa una diferencia relevante por sexo, puesto que, mientras los homicidios contra los hombres fueron perpetrados en su mayoría con arma de fuego (67 de cada 100) entre las mujeres fue menor al 50 por ciento; asimismo las cifras indican que 36 de cada 100 mujeres fue estrangulada, ahorcada o sofocada, ahogada, quemada, golpeada con algún objeto o herida con un arma punzocortante, tres veces mayor que entre los hombres (INEGI, 2017). Siguiendo esta misma línea, la OMS (2013c) informa que la manera más habitual de violencia sufrida por las mujeres es la violencia de pareja y que la mayoría de los casos de violencia es conyugal; mundialmente, el 30% de las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual y el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal.

En este tipo de hechos, los riesgos suman considerablemente cuando prevalece la impunidad social y de las autoridades que no responden eficazmente, ya que se permite ejercer violencia sin ningún tipo de consecuencia, transmitiendo el mensaje “no pasa nada”, contribuyendo así, a la normalización y tolerancia de la violencia en la vivencia cotidiana y como medio para resolver conflictos.

Sin lugar a dudas, uno de los meollos del tema gira entorno del cuestionamiento, ¿por qué la prevalencia de la violencia en las mujeres? La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en su artículo segundo (ONU,1993) esclarece que dicha violencia se funda en las relaciones de poder desiguales entre el hombre y la mujer, dando como resultado la discriminación en su contra, así como una situación de subordinación, lo cual ha sido generalizada en la sociedad, trascendiendo las diferencias de clases sociales y culturales; por lo tanto se señala que la violencia contra las mujeres no es un problema de índole personal o privado, sino social. En concordancia, INEGI (2013), en su publicación

Panorama de Violencia contra las mujeres en México explicita que la violencia hacia las mujeres no es una situación que sea reducida y tenga su génesis en el factor biológico, adicciones, condiciones de pobreza o cuestiones de tipo individual, sino de una situación de relaciones de poder, siendo las normas, prácticas sociales, valores y asignación de jerarquías a los roles de género lo que sustentan y refuerzan la violencia.

El núcleo familiar juega un papel elemental ya que es en este ámbito en el que se aprenden y se reproducen ciertos patrones de comportamiento, los cuales funcionan como un factor de probabilidad para desarrollar estructuras similares. Parte del conjunto de prácticas se remiten a que los actos de violencia sean considerados como situaciones normales contribuyendo a su invisibilidad e impunidad. Sumado a ello, a las mujeres se les dificulta identificar comportamientos violentos y tienden a justificar y minimizar los actos o bien, omisiones cometidas, además cuentan con escasos referentes de cómo reaccionar ante un acontecimiento de este tipo y magnitud, por ello la búsqueda de ayuda o la denuncia continúa siendo una decisión complicada (INEGI, 2008). Prueba de ello, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2013) documenta que, en México, tan sólo de las mujeres casadas o unidas que enfrentan una circunstancia de violencia, sólo el 11.1% solicitan asistencia o denuncian los hechos ante la autoridad (INEGI, 2013).

Dada esta normalización de la que se habla, el acceso limitado a la información, en algunos casos el escaso apoyo de la red social, el miedo y la eficacia de las instituciones gubernamentales, es que un alto número de mujeres no se percatan ni cuestionan la violencia que viven en su día a día aplazando la búsqueda de ayuda y por supuesto, dificultando la ampliación de investigación y documentación del tema.

Con respecto al papel que desempeña el sistema gubernamental en el mantenimiento de la violencia contra la mujer por medio de leyes, políticas, es imprescindible mencionar que en algunos países existen estructuras jurídicas que minimizan o pasan por alto los actos de violencia contra la mujer y aún donde se establece una legislación existen deficiencias en el ejercicio de la misma, puesto que, el hecho de instaurar una ley no conlleva directamente a su práctica. La Organización Mundial de la Salud en su Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia (2014) asegura que son muchas las leyes

promulgadas sobre prevención de la violencia, pero su aplicación es a menudo inadecuada y en gran medida que se consiga reforzar la aplicación de la legislación se obtendrán avances, tanto en los mecanismos como recursos institucionales. Igualmente, la situación de violencia contra la mujer pone en manifiesto la necesidad de integrar estas cuestiones en la enseñanza, especialmente clínica, para responder eficaz y oportunamente ante las demandas.

En definitiva, a pesar del panorama delicado que se atraviesa actualmente, es de gran valor reconocer los avances en la materia y la labor que se ha realizado desde diversos ámbitos para que la violencia contra la mujer adquiera su relevancia y con ello buscar en conjunto soluciones que permitan reducir su prevalencia y sus efectos.

1.3 Tipos de violencia

La OMS (OPS, 2003), en el Informe mundial sobre la violencia y la salud esclarece la clasificación de la violencia en tres categorías tomando en consideración quiénes perpetraran el acto de violencia, esto es: a) violencia autoinfligida, b) violencia interpersonal y, c) violencia colectiva. En el primer tipo se encuentra la violencia que una persona comete contra sí misma y engloba las autolesiones o automaltrato y la amplia gama de comportamientos suicidas. La violencia interpersonal es ejercida por otro individuo o un número pequeño de individuos y puede comprender la violencia familiar o de pareja y la comunitaria. Finalmente, la violencia colectiva refiere a aquella infligida por grupos más grandes tal como el Estado, contingentes políticos organizados y organizaciones terroristas, cabe decir que este tipo de violencia puede conllevar asuntos políticos y económicos (OPS, 2003). En este mismo documento se explicita que la naturaleza de los actos de violencia es variada pudiendo ser esta, física, sexual, psíquica y la que incluye privaciones o descuido.

Ahora bien, lo que la OMS clasifica como naturaleza de los actos violentos será materia para retomar y desarrollar en las siguientes líneas, para ello, es preciso detallar que será abordado como “tipos de violencia” difiriendo con el contenido que la OMS en su documento nombra tipología. De tal manera que, dado el interés de establecer los tipos de violencia y su relación con el tema de violencia contra la mujer se ha recurrido a La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015), documento

expedido en México en el año 2007. A continuación, en la Tabla 1 se concentra información de cada uno de los tipos de violencia establecidas por esta ley y sus respectivas características para analizar el fenómeno específicamente en la población de mujeres.

Tabla 1

Tipologías de la violencia de acuerdo con lo decretado por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015, p.3)

Tipo	¿En qué consiste?
Violencia física	Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.
Violencia psicológica	Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
Violencia económica	Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
Violencia patrimonial	Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
Violencia sexual	Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.
Otras formas de violencia	Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Recuperando y ampliando un poco algunas de las explicaciones proporcionadas, el INEGI (2013) menciona que la violencia física entraña el uso intencional de la fuerza o de un arma para perjudicar la integridad corporal y se produce en diferentes magnitudes, todas potencialmente peligrosas porque pueden ir desde una bofetada o empujones hasta lesiones que causan la muerte. Es bien sabido que es tipo de violencia se caracteriza por dejar una marca visible en el cuerpo y es la más reconocida por las personas.

Por su parte, en la categoría de violencia psicológica incluye aquellas acciones u omisiones que perturban la estabilidad emocional de una persona y aunque no es tan fácil de percibir como la física, no es de subestimar ya que puede provocar efectos más devastadores, puesto que, niega los derechos y menoscaba la dignidad de los individuos. El INEGI (2017) describe que los actos de violencia son susceptibles de ser agrupados por tipo y clase de violencia, ofreciendo la oportunidad de establecer en el caso de la violencia emocional las siguientes clases: 1) degradación y acoso emocional; 2) indiferencia; 3) intimidación y acecho; 4) amenazas y aislamiento.

Respecto a lo que concierne a la violencia sexual, comprende actos que incluye la penetración intentada o forzada, contacto sexual no deseado, obligar a participar en un acto sexual sin consentimiento, comentarios sexuales no deseados, mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada, la trata con fines sexuales, entre otros (Secretario General de la ONU, 2006, citado en Contreras, Both, Guedes y Dartnall, 2016). Estas acciones son cometidas independientemente de la relación que se mantenga con la persona afectada y se puede presentar en cualquier ámbito; es una de las manifestaciones más claras de los valores que transmite la cultura ya que está latente la idea de sometimiento por medio del cuerpo y la sexualidad del otro. Por otra parte, las clases de violencia sexual son: 1) intimidación sexual/acoso sexual; 2) hostigamiento sexual; 3) abuso sexual, y 4) violación e intento de violación (INEGI, 2017).

Finalmente, la violencia económica, se presenta en dos variantes: pública y privada. La primera de ella está vinculada con la discriminación social (remuneración o menores oportunidades de empleo); la segunda, limita el acceso de dinero utilizado para cubrir los gastos cotidianos y bienes materiales (INEGI, 2012). Este tipo de violencia conlleva a que dicho control de los recursos también sea un medio de dominación y manipulación. Cabe mencionar que según el INEGI (2017), en los actos de violencia económica y patrimonial se conforman las siguientes clases: 1) control o chantaje económico; 2) despojo y coerción; 3) incumplimiento de responsabilidad económica y, 4) discriminación laboral.

Al admitir precisamente que, la violencia tiene una gama de modalidades o naturaleza es como adquiere relevancia delimitar y explicar cada una de estas, puesto que en algunas ocasiones los actos pueden ser exclusivos y otras estar interrelacionados. A

dicha dificultad de identificar las manifestaciones de la violencia, se puede sumar que, la mayoría de los individuos asocian y reducen la palabra violencia con actos físicos y según Solís (2014), muchas circunstancias son tomadas como juegos o bromas que se valoran como maneras de interacción entre los individuos, sin embargo, en cada una de estas formas de violencia, la integridad y desarrollo personal se ve amenazado y desfavorecido, así se trate de agresiones fácilmente perceptibles o no.

1.4 Ámbitos de la violencia

La violencia basada en prácticas, ocurre en distintos espacios de la vida humana. Los diversos tipos de violencia se producen y reproducen en diversos contextos los cuales son necesarios de considerar al momento de intentar una comprensión cabal del fenómeno y su posterior intervención o bien, medidas de prevención, es por ello que se debe asegurar su delimitación. Cabe enfatizar que, cuando se alude a la palabra ámbito, se especifica como un determinado sistema en el que las personas se desarrollan y el cual tiene efectos bidireccionales en el desenvolvimiento de los seres humanos. El INEGI (2017) explica que el ámbito es el “espacio social” en el que se originan y desarrollan relaciones determinadas por el tipo de “institución social” en la que se define y reproduce un conjunto de normas particulares; en correspondencia la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015) menciona que los ámbitos se refieren al tipo de vínculo o relación con el/los agresores, y por tanto, la violencia puede ocurrir dentro o fuera de los espacios físicos donde se origina la relación (domicilio familiar, escuela, trabajo).

Primeramente, se distinguen dos ámbitos para el estudio de la violencia: el privado y el público. El INEGI en su publicación de Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2013) declara que la violencia ejercida en espacios privados se refiere a la cometida por una persona con quien se mantiene una relación íntima, lo que incluye al compañero(a), familiares o amigos, ya sea que se produzca dentro o fuera del hogar, entendiendo este espacio no solamente como un lugar físico, sino al tipo de relación cercana que existe entre la persona que agrede y quien es agredido. De esta manera, se incluye la violencia de pareja y la familiar. De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015), la violencia familiar es:

“El acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo Agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.”
(pág.3)

Cabe decir que, estas dos esferas resultan complejas de abordar ya que con frecuencia los actos cometidos no son comunicados, esto a raíz de contemplar la violencia como una situación cotidiana y privada. En este contexto, sin duda alguna, la violencia en sus diferentes expresiones es una práctica habitual y de las menos denunciadas. Inclusive, el hecho de que una persona tenga conocimiento de la rutina diaria y resida en el mismo lugar, son elementos que probabilizan que un evento violento vuelva a acaecer. Respecto a la violencia ejercida por la pareja, ya que es la más común, de acuerdo con Alberdi y Matas (2002, citado en INEGI, 2013), una de las formas más eficientes para poner fin a la violencia, es la separación, no obstante, en su mayoría el aspecto económico lo obstaculiza y si se tiene hijos, el divorcio no garantiza el término de la violencia, puesto que, las visitas pueden probabilizar su reproducción.

Es preciso señalar que la familia es considerada una de las instituciones centrales en la sociedad y por supuesto el primer núcleo con el cual una persona tiene contacto directo y por ello, forjadora de los primeros aprendizajes, es así como, las prácticas y creencias sustentadas alrededor de la violencia tienen lugar, se refuerzan y se normalizan por el mismo grupo familiar, minimizando sus efectos en las esferas del desarrollo integral de los individuos.

Por otra parte, la violencia pública es aquella que es perpetrada por cualquier persona, principalmente desconocidos, pero abarca desde conocidos y familiares hasta figuras con alguna posición de autoridad. La violencia que tienen lugar en este espacio adquiere expresiones similares a las cometidas en la esfera privada, puesto que también se inscribe en los estereotipos y cuenta con alta tolerancia social y se termina culpabilizando a

las víctimas (Falú, 2009, citado en INEGI, 2013). Es en este ámbito en el cual las manifestaciones de violencia de género son más notorias.

De esta manera, se distinguen cuatro principales ambientes dentro del contexto público en los cuales la violencia tiene lugar:

- a) Escolar: Es efectuada por autoridades, personal académicos y compañeros. Sosa (2015) esboza dos modalidades. La primera de ella es el llamado *Bullying*, el cual se caracteriza por ser ejercido entre pares y en el que el violentador obliga a otra persona mediante el uso de su fuerza o poder, a realizar algo en contra de su voluntad. La segunda modalidad está etiquetada por la palabra *Mobbing*, es desarrollada con la participación del personal de mayor posición jerárquica en la estructura, en este caso, es la violencia que se genera entre los educadores o superiores. Los efectos de la violencia se ven reflejados en bajo rendimiento académico, ausentismo o abandono de estudios, por ello, atender el sector educativo es sumamente importante ya que su función radica en la transmisión y reproducción de prácticas e ideas que pueden ser proyectadas a lo social.
- b) Laboral: Tiene cabida en el contexto de las relaciones de trabajo, tanto en empresas privadas como en instituciones públicas; esta modalidad de violencia consiste en actitudes y comportamientos agresivos, hostiles, humillantes o discriminatorios que pueden provocar afectaciones en la salud física y mental, productividad y rendimiento (INEGI, 2012). Se destaca porque los agresores tienen una posición privilegiada de poder formal o de cierta “autoridad”, de tal forma que, la figura que preside las conductas violentas, comúnmente es el jefe, no obstante, pueden ser partícipes de ello el resto del personal que conforma la institución. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015) explica que en este ámbito la violencia puede consistir en la negativa ilegal de contratación, no respetar su permanencia o condiciones de trabajo, así como la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación, el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia. Desafortunadamente, el ámbito laboral, se ha caracterizado desde hace muchas décadas por colocar en desventaja las

oportunidades del desempeño de las mujeres y su respectiva remuneración y prestaciones, resultado de la reproducción de las relaciones tradicionales arraigadas socialmente.

- c) Comunitaria: La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015) explica que este tipo de violencia consiste en:

“Actos individuales o colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público.” (pág. 6)

Refiere a la serie de ofensas, intimidación, abuso sexual, extorsiones u otras agresiones físicas que se ejecutan en espacios públicos, tal como la calle, transporte público, centros comerciales, centros de salud, lugares de recreación, etcétera. En este ambiente los agresores son otras personas con las cuales no se tienen ningún tipo de vínculo. El INEGI (2012) explica que el espacio reconocido para las mujeres es el ámbito privado, y el comunitario de los hombres, de ahí que estos espacios estén permeados por connotaciones masculinas reafirmando la idea de superioridad; en estos lugares los agresores actúan desde el anonimato haciendo más difícil la visibilidad del fenómeno, ya que las personas agredidas no recurren a solicitar apoyo o bien, a denunciar e inclusive no es de su conocimiento que pueden efectuar estas acciones. Contemplar esta situación, genera que el individuo perciba la mayoría de los sitios que transita como amenazantes y con ello a sentirse vulnerable e inseguro.

- d) Institucional: La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2015) refiere:

“Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender,

investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.” (pág. 6)

De esta forma, el núcleo familiar, los vecindarios, la escuela y los centros de trabajo se revelan como escenarios en donde las personas son violentadas y en donde los agresores pueden ser conocidos o desconocidos; se tratan de ámbitos en los cuales la violencia puede alcanzar su máxima intensidad y en los cuales el común denominador, en todos los casos, es el de las relaciones desiguales.

CAPÍTULO 2: CONSIDERACIONES

La violencia contra la mujer adquiere distintas formas que se presentan interrelacionadas y en una serie continua. Es evidente que la violencia en sus múltiples formas y manifestaciones interesa a muchas esferas de la educación, por ello, en las últimas décadas se han centrado esfuerzos en realizar investigaciones sobre las causas de la violencia, y en especial sobre el análisis de elementos individuales y sociales que intervienen, esto con el fin de generar una mejor comprensión del fenómeno. Gran parte de las investigaciones se han centrado en las posibles explicaciones de las génesis de la violencia con lo cual, en gran medida permita su prevención y erradicación.

En este contexto y debido a la gran prevalencia de la violencia en el mundo, es fundamental e importante indagar el por qué o cómo se origina y los factores que intervienen en ello, en este sentido, el presente capítulo abordará, en primera instancia, algunas cifras recolectadas que dan cuenta sobre la incidencia de la violencia contra la mujer para dar apertura a la descripción de modelos que han sido propuestos para explicar algunos factores que influyen en la etiología de la violencia. También se encontrará información de algunos factores asociados con la situación de violencia para posteriormente hablar de las fases que incluye el ciclo de la violencia propuesto por Leonore Walker. Finalmente, se expondrán las consecuencias de la violencia en la salud de los individuos, entre ellas las psicológicas en el caso de mujeres.

2.1 Incidencia y etiología

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), desde principios del siglo XXI, al igual que otras instituciones, ha hecho una gran labor para recabar información que permita conocer la prevalencia de la violencia ejercida en contra de las mujeres en México. La más reciente investigación realizada con este objetivo se llevó a cabo en los meses de octubre y noviembre de 2016, en la que el INEGI efectuó la cuarta Encuesta Nacional sobre la violencia contra las mujeres (INEGI, 2017), la cual arrojó, de manera general, los siguientes datos:

- De los 46.5 millones de mujeres de 15 años y más que hay en el país, 66.1% (30.7 millones), ha enfrentado violencia de cualquier tipo y de cualquier agresor, alguna vez en su vida.
- 43.9% ha enfrentado agresiones del esposo o pareja actual o la última a lo largo de su relación y 53.1% sufrió violencia por parte de algún agresor distinto a la pareja.

A partir de estos datos es como se sustenta que la prevalencia de la violencia contra las mujeres es una problemática de gran dimensión. En nuestro país, 66 de cada 100 mujeres, de entre 15 años y más, ha experimentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo y ejercidos por diferentes agresores en los diferentes ámbitos en los que se presenta este fenómeno (INEGI, 2017).

De acuerdo con la OMS (2013a), la forma más habitual de violencia contra las mujeres es la violencia de pareja (1 de cada 3), esto quiere decir que casi un tercio (30%) de todas las mujeres del mundo que han establecido una relación de pareja han sido víctimas de violencia, principalmente física y/o sexual. También es de suma relevancia reportar que mundialmente, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal. En nuestro país, la situación no es distinta, puesto que 11, 018, 415 (44.9%) de mujeres casadas o unidas aceptaron haber sido violentadas por parte de su pareja a lo largo de su relación; las cifras más elevadas se hallan en el Estado de México con 57 de cada 100 mujeres (INEGI, 2013).

Respecto a los otros ámbitos en los que es que proclive que se ejerza violencia, el INEGI (2013) ha documentado que 3 de cada 10 mujeres mexicanas han experimentado algún incidente de violencia en los centros laborales, tal como acoso, discriminación, hostigamiento o abuso sexual. Por otra parte, el 16% del total de las mujeres reportaron hechos de discriminación, agresiones físicas, hostigamiento, acoso o abuso sexual en la escuela. En los espacios comunitarios (calle, mercado, transporte, hospital, etcétera) el 40% de las mujeres ha enfrentado algún tipo de violencia, destacando la violencia sexual (42%).

En aras de ampliar la información sobre la violencia contra las mujeres también se han recolectado datos de acuerdo con los tipos de violencia.

En un estudio multipaís realizado por la OMS sobre la violencia doméstica, se encontró que entre el 20% y el 75% de las mujeres habían experimentado actos de abuso emocional; la violencia física dentro de la pareja a lo largo de la vida oscilaba entre el 13% y el 61% y la violencia sexual infligida por la pareja entre el 6% y el 59% (ONU, 2006). Cabe decir que, de acuerdo con las Naciones Unidas, la violencia psicológica recibe menos atención en las investigaciones y probablemente se deba a que sus manifestaciones son más complicadas de identificar.

Igualmente, en México, las estadísticas del INEGI (2013) denotan que el tipo de violencia con más incidencia es la emocional, pues a nivel nacional el 89.2% de las casadas o unidas han padecido abusos por parte de su pareja; resulta sustancial recordar que, los tipos de violencia pueden coexistir, lo cual permite suponer que estas mismas mujeres pudieron experimentar otro tipo de agresiones. Referido a la violencia física, según los resultados de la ENDIREH 2011, cerca de 2, 842, 309 (25.8%) de mujeres casadas o unidas son agredidas físicamente por su pareja. Por otra parte, las cifras de mujeres casadas o unidas del país que han sido violentadas sexualmente, ascienden a 1, 288, 793, es decir, el 11.7%. Cabe destacar que esta modalidad de violencia fue la menos reportada en la encuesta, sin embargo, estos resultados podrían cuestionarse dada la existencia de otros factores. Siguiendo esta misma línea, el INEGI (2013), también considera información de las exparejas, y relacionado a ello, sus referencias arrojan que 30 de cada 100 mujeres han vivido algún hecho de violencia sexual por parte de su expareja durante el lapso en que se mantuvo la relación; los actos van desde la exigencia a tener relaciones sexuales, a obligar a las mujeres a realizar prácticas que no les agradaban o el uso de la fuerza física para obligarlas a tener relaciones sexuales.

Asimismo, en el país el 56.4% (6, 215, 767) de las mujeres casadas o unidas han vivido violencia económica; en contraparte, los datos indican que 71 de cada 100 mujeres divorciadas, separadas o viudas en el país, han experimentado violencia económica.

Finalmente, alusivo a la población de solteras (7.4 millones), el INEGI (2013) indica que 3 de cada 10 mujeres son violentadas por el novio y 4 de cada 10 lo fueron por el exnovio. El tipo de violencia que más refieren, es la emocional (99 de 100) seguida por la física y la sexual (22 de 100) y la violencia económica es la que menos afirman. Esta

clasificación de la población de mujeres por estado civil también permite dilucidar cómo algunas condiciones influyen en la prevalencia de la violencia así como, dar cuenta de que esta tiene sus manifestaciones desde el establecimiento de una relación e inclusive permite vislumbrar cómo ha logrado fungir como una constante en las relaciones interpersonales.

Este tipo de circunstancias no resultan sencillas de enfrentar para las mujeres y comprende hechos desde identificar y cuestionar la violencia que están viviendo hasta la búsqueda de ayuda o la toma de decisión para denunciar. De este último punto, se destaca la importancia de declarar públicamente los actos de violencia, esto con el fin de visibilizar la situación y otorgar el carácter de delito. Los grupos que levantan la voz son reducidos, en México de las casadas o unidas en situación de violencia sólo el 11.1% solicitaron asistencia o denunciaron los hechos ante la autoridad, cifra inferior al 24.1% para las alguna vez unidas. Según el INEGI (2012), una gran proporción de mujeres no denuncian los actos violentos hasta que son brutales y constantes o bien, afectan a sus hijos. Los motivos para no denunciar son variados, pero no excluyentes, ni se presentan de manera aislada. Entre las respuestas obtenidas se encuentran: las mujeres consideran que es algo sin importancia (65 de 100), por sus hijos (10 de 100), su pareja les dijo que iba a cambiar, les da vergüenza o miedo (8 de 100), no sabían que podían denunciar (6 de 100) y no confían en las autoridades (5 de 100). En concordancia, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015, citado en ONU Mujeres, 2017) enuncia que mundialmente, menos del 40 por ciento de las mujeres violentadas buscan algún tipo de ayuda y entre aquellas que lo hacen, recurren a la familia y amistades, y muy pocas confían en instituciones.

La trascendencia de algunos indicadores estadísticos aquí suscritos radica en el hecho de poner en descubierto la violencia contra la mujer. Es preciso señalar que, las estadísticas fungen como una poderosa herramienta de información que permiten hacer visible la magnitud y la intensidad de la violencia y con ello la oportunidad de elaborar un diagnóstico sobre la situación. Los conocimientos con los que se dispone, posibilita la formulación e implementación de estrategias y a su vez, ofrece la oportunidad de realizar mediciones de los cambios producidos por las diversas acciones. Asimismo, la

disponibilidad de información y explicación del alcance de los datos recolectados sirve como punto de partida para comprender el contexto general del que surge la violencia.

A este respecto, cabe mencionar que, el estudio del origen de la violencia ha sido abordado desde algunas perspectivas, dando como resultado el planteamiento de una variedad de modelos, causas y/o factores.

Las causas de la violencia contra la mujer han sido abordadas desde diversas perspectivas, entre ellas, el feminismo, el desarrollo, los derechos humanos, la salud pública y la sociología, obteniendo diversas explicaciones y si bien difieren en la importancia que asignan a los distintos factores en la explicación de la violencia, todos estos campos han llegado a la conclusión de que no hay una causa única que explique adecuadamente la violencia contra la mujer (ONU, 2006). Dicha violencia proviene de la convergencia de factores específicos en el contexto general de las desigualdades de poder en los niveles individual, grupal, nacional y mundial.

Es preciso señalar que, el conocimiento de las causas precisas no se encuentra del todo claro dada la gran variedad de actos que implica la violencia, tanto en el ámbito privado como en el público. Sumado a lo anterior, es de considerarse que, la violencia es ejercida por individuos de cualquier género, edad y de diversas características sociodemográficas, lo cual también dificulta adjudicar alguna causalidad definitiva.

Labrador, Paz, De Luis y Fernández-Velasco (2004) explican que en el fenómeno de la violencia están incluidos factores personales, sociales y culturales tanto en el origen como en el mantenimiento. A este respecto, Amorin, Jean, Rivera, y Rivera (2015) hacen explícita la necesidad de adoptar un modelo que facilite el estudio de las causas de la violencia, los factores que intervienen o las características de las personas que violentan o son violentadas.

En el caso de la violencia contra la mujer se ha planteado que se trata de una conducta aprendida que se ha fundido por las normas socialmente establecidas y las respectivas expectativas de rol que apoyan a la subordinación femenina (American Psychological Association, 1999, citado en Labrador et al., 2004).

Uno de los modelos propuestos más aceptados y utilizados en la literatura es el denominado “Modelo ecológico de Bronfenbrenner”. La propiedad formulada para dicho

modelo según Amorin et al. (2015), es que, incluye elementos de las diferentes esferas de la vida de un individuo que pueden actuar como factores determinantes o protectores ante la violencia. Este modelo integra tres niveles de análisis teórico: el individuo, el nivel socio-psicológico y el nivel sociocultural, que de acuerdo a Amorin et al. (2015) permite el estudio de la interacción del individuo con el medio ambiente a través de un conjunto de estructuras concéntricas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) que a su vez, posibilita explicar las raíces biográficas, psicológicas, familiares, relacionales, comunitarias, sociales y ambientales en las que se produce la violencia, y de manera particular, la violencia que se ejerce en contra de la mujer. Este modelo, se encuentra representado gráficamente en la Figura 1.

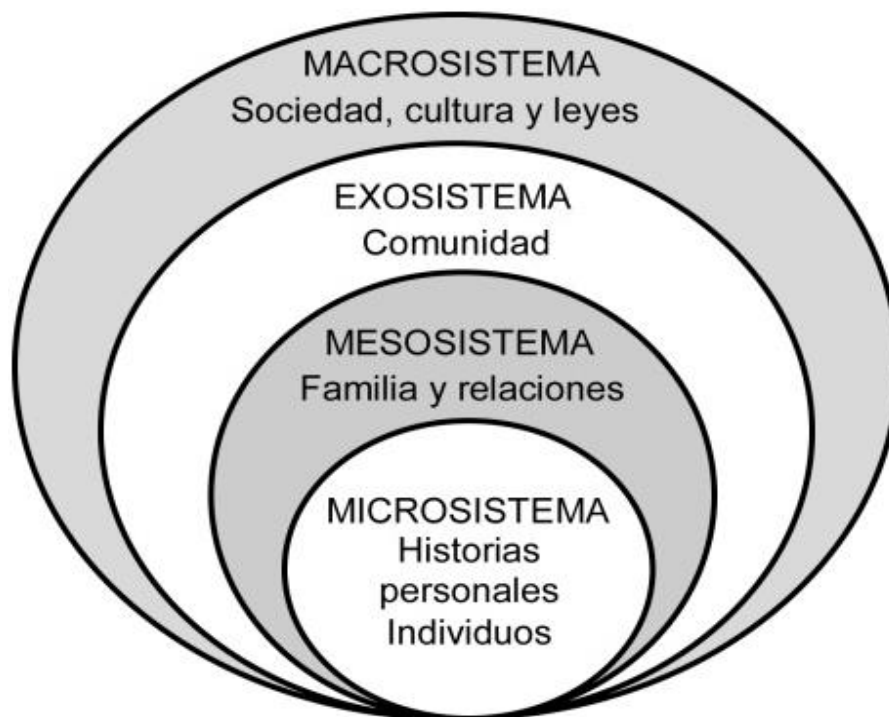


Figura 1. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, recuperado por Amorin et al. (2015) para el estudio de los factores que influyen en la violencia que se ejerce hacia las mujeres.

Algunos autores (Martínez, Robles, Utria y Amar, 2014) aclaran que, desde este modelo, la violencia se contempla como un fenómeno relacional en el que convergen variables desde lo individual hasta lo sociocultural. Igualmente, es posible la comprensión de los múltiples elementos que contribuyen en la construcción de la violencia y en su mantenimiento. La utilidad de dicho modelo no solamente engloba lo teórico puesto que

también permite sostener y desarrollar modelos de intervención y prevención en torno a esta problemática. Resulta entonces, oportuno exponer las estructuras concéntricas que intervienen en la etiología de la violencia desde este modelo, por ello, a continuación, en la Tabla 2 se concentra breve información al respecto.

Tabla 2

Factores que intervienen en la etiología de la violencia con base en el modelo Ecológico de Bronfenbrenner documentado por Amorin et al. (2015).

Estructura concéntrica	Factores
Microsistemas	Incluye factores biológicos y de la historia personal del individuo, ya sea de la persona que ejerce violencia o a quien se violenta. Se han estudiado características tales como la edad, sexo, educación, nivel económico, antecedentes de conductas agresivas o de auto-desvalorización, trastornos psicológicos, toxicomanías y aspectos reproductivos.
Mesosistemas	Abarca las relaciones interpersonales y familiares a través de las cuales se refuerzan creencias, actitudes y estereotipos sociales que pueden o no, tener que ver con la violencia como un acto natural de solución de problemas.
Exosistemas	En la tercera estructura se estudian los contextos comunitarios, sus características, así como las relaciones sociales que se establecen entre diferentes escenarios que contribuyen en el comportamiento de los individuos.
Macrosistemas	Se analizan factores sobre la estructura de la sociedad y la cultura, tales como las reglas, normas y estereotipos sociales que actúan para crear un ambiente que incita o inhibe la violencia, por ejemplo, las leyes jurídicas, las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que la abordan.

Referente a otros modelos teóricos y propuestas para estudiar el origen de este problema social, Labrador et al. (2004) afirma que en el caso de la violencia contra la mujer y en específico en el ámbito doméstico el Modelo interactivo de la violencia es uno de los más completos y de gran utilidad. Este modelo fue desarrollado por Stith y Rosen en 1992 y explora cuatro factores, a saber: contexto socio cultural, factores de vulnerabilidad, factores de estrés y recursos. A continuación, se presenta una breve explicación de cada uno de estos factores con base a lo expuesto por Labrador et al. (2004).

- a) Contexto sociocultural: Incluye el conjunto de normas de una determinada sociedad. Dichas creencias influyen en la percepción de la violencia y por lo tanto en la aceptación de la misma. Igualmente, se esbozan los valores referentes a los roles de género establecidos culturalmente y en gran medida cómo esto puede determinar un estatus de subordinación.
- b) Factores de vulnerabilidad: Se considera la exposición que se ha tenido en torno a la violencia, así como las características de la familia nuclear. También incluye las características individuales tal como los mecanismos de afrontamiento.
- c) Factores de estrés: Refiere a los cambios durante el ciclo de vida de una familia que pueden aumentar la ansiedad familiar y con ello la probabilidad de la aparición de conductas disfuncionales.
- d) Recursos: Incorpora los recursos personales clasificados en cuatro componentes (bienestar económico, nivel educativo, estado de salud y recursos psicológicos). El sistema familiar también desempeña un papel relevante puesto que, permite a los miembros sobrellevar las situaciones que se perciben con dificultad evitando comportamientos disfuncionales, esto a través de la cohesión, comunicación y adaptación. Finalmente, se encuentra la esfera de la red social como apoyo disponible para enfrentar la situación y evitar el aislamiento.

Por otro lado, Guzmán y Jiménez (2015) manifiestan que, en lo referente a la violencia ejercida contra la mujer, los marcos feministas se han centrado en la desigualdad de género como factor explicativo fundamental. Rivera (2014) asevera que, desde esta perspectiva, todas las formas de violencia se deben al poder y control que ejercen los varones. Por ejemplo, en una sociedad inmersa en un sistema de valor patriarcal, las relaciones de pareja son caracterizadas por una obediencia y abnegación de las mujeres para con los hombres. En el caso de la sociedad mexicana, estas condiciones son aceptadas como una forma de afecto mediante las cuales se establecen reglas y formas de poder. En resumen, desde el enfoque de género, la violencia es una construcción que combina valores patriarcales y romanticismo. En la estructura patriarcal el foco de atención son las relaciones de poder y para ejercer dicho poder es necesario la violencia y la intimidación.

Autores como Ruíz-Jarabo y Blanco (2004) aseguran que existen roles discriminatorios que asignan actividades propias a cada sexo, esto es, al hombre se le enseña y se le adjudican valores de seguridad, valentía, fortaleza, autonomía, mientras que la mujer se espera que desempeñe su rol de esposa y madre, que cumpla sus funciones de reproducción, cuidado y educación. A partir de estos comportamientos y actitudes es como se adjudica el éxito para una mujer y su valía en muchas ocasiones depende de cumplir con este ideal impuesto.

En contraparte, modelos más experimentales han buscado determinar factores asociados a su aparición, permanencia e intensidad de la violencia (Solis, 2014). Esto nos lleva a considerar el modelo del aprendizaje social y la teoría de la indefensión aprendida.

El primer modelo mencionado, el del aprendizaje social, tiene como principal exponente a Albert Bandura. Esta teoría postula de manera general que el establecimiento de respuestas es mediante mecanismos que tienden a reforzarlas resaltando la del medio externo en la adquisición de conductas.

McBrearty, Martson y Kanfer (1961, citado en Bandura y Walters, 1983) refieren que:

“La imitación es determinante en la adquisición de la conducta desviada y adaptada. Al observar la conducta de los demás y las consecuencias de sus respuestas, el observador puede aprender respuestas nuevas o variar las características de las jerarquías de respuestas previas.” (pág. 57).

Bandura sostiene que en todas las culturas existen modelos que promueven la adquisición de pautas de comportamiento; es así como las personas no hacen lo que se les dice, sino lo que estas ven. Con base a lo investigado por Chapi (2012), el modelamiento se da por agentes sociales y sus diversas influencias, a saber:

- Familiar: Tiene que ver con las interacciones establecidas entre los miembros de una familia. Los padres son los principales modelos y ciertas pautas de comportamiento configuran conductas violentas en los hijos.
- Subculturales: Es el grupo de personas con creencias, costumbres u otras formas de comportamiento diferentes a las establecidas mayoritariamente; de acuerdo

con Chapi (2012), si los individuos participan en este grupo, la influencia es determinante para la adquisición de comportamientos violentos.

- Simbólicos: Los modelos simbólicos pueden presentarse por medio de instrucciones orales o escritas, plásticamente o por combinación (Bandura y Walters, 1983). Toda imagen que pueda actuar como estímulo en un determinado contexto puede establecer pautas generadoras de violencia.

A partir del postulado principal, se puede decir que la conducta violenta es aprendida, a través de la observación e imitación de las conductas violentas de otros y de las consecuencias y por lo tanto, se trata de un fenómeno aprendido.

Por su parte, el modelo inicial de la indefensión aprendida postula básicamente que, los organismos expuestos a sucesos aversivos incontrolables aprenden que sus consecuencias y respuestas son independientes. De acuerdo con Overmier y Seligman (1967), dicha indefensión resulta de la expectativa de que las respuestas emitidas por los sujetos no pueden controlar los resultados y además, esperan que dicha falta de control continúe en el futuro. Dicha expectativa de independencia respuesta-resultado y de incontrolabilidad puede mediar:

- a) El déficit motivacional para emitir nuevas respuestas voluntarias. Esto se explica ya que, si un organismo espera que sus respuestas no afecten las consecuencias, la probabilidad de emitir tales respuestas disminuyen en el futuro.
- b) El déficit cognitivo para aprender que las respuestas controlan las consecuencias. Este hecho interfiere con el aprendizaje futuro de que la consecuencia es ahora dependiente de sus respuestas.
- c) Reacciones afectivas de miedo y depresión. Se ha observado que se producen una serie de desórdenes conductuales y fisiológicos característicos de un estado de ansiedad y miedo seguido de depresión.

Ciertas disposiciones de contingencias ambientales determinarán que un individuo crea que está indefenso, que no puede tener éxito, y otras contingencias harán que se crea que las respuestas son útiles. Retomando este supuesto, es como Hiroto y Seligman (1975) indican que el efecto de la indefensión puede ser anulado o prevenido, si el organismo inicialmente tiene control sobre los resultados y desarrolla la expectativa de que las

respuestas y las consecuencias están relacionadas. Asimismo, se considera que someter previamente a un aprendizaje de escape exitoso, es decir, que los sujetos puedan emitir una respuesta de escape, se les "inmuniza" contra la indefensión.

Este modelo ha sido repetidamente demostrado en especies animales, incluyendo los humanos y ha sido una de las propuestas explicativas de la depresión humana. Cabe decir que desde esta perspectiva toda terapia ha de orientarse a que el individuo crea que sus respuestas producen las gratificaciones que desea.

Hasta ahora, se ha expuesto que existe una diversidad de investigaciones que analizan múltiples factores que intervienen en la etiología de la violencia y que son además iniciadores de ésta. No obstante, como Amorin et al. (2015) aseveran, los hallazgos de estas investigaciones no son concluyentes. Lo que confirma que la etiología de la violencia es de carácter multifactorial y complejo. Tal como el modelo ecológico de Bronfenbrenner ejemplifica, la violencia no puede atribuirse únicamente al individuo, sino que se debe considerar como el producto de una interacción entre este y su entorno (Rivera, 2014).

A pesar de ello, se ha podido observar, gracias a los hallazgos, que la violencia contra la mujer es un problema importante de atender dada su generalización. Es decir, puede encontrarse en una amplia variedad de circunstancias y existen variaciones según las regiones demográficas, las razas y clases. Espinosa, Alazales, Madrazo, García y Presno (2011) mencionan a este respecto que es pertinente tener presente que la violencia no es un fenómeno genético o hereditario, sino que se trata de una problemática que es transmitida de una generación a otra por ser una conducta aprendida. En otras palabras y como se ha visto a lo largo del tiempo, la violencia contra la mujer es una problemática social que afecta a mujeres de todo el mundo. En palabras de la ONU (2006), la violencia contra la mujer es a la vez universal y particular, universal porque no hay ninguna región del mundo, ningún país y ninguna cultura o religión en que se haya logrado que las mujeres estén libres de violencia. De igual forma, se ha observado que esta situación ocurre de manera variable a través de dichos factores, pareciendo así que el factor principal de riesgo para ser víctima de violencia contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer.

La mujer se encuentra en una relación de desigualdad respecto al hombre tanto en las relaciones personales como en las sociales, además de la existencia de una cultura de la

violencia que supone la aceptación de la misma como forma de resolución de conflictos (Solis, 2014).

2.2 Factores asociados

Las cuestiones por resolver respecto al fenómeno de la violencia son bastas, por ello, es importante que el descubrimiento de los factores de riesgo que están asociados con la violencia contra la mujer se ubiquen en un contexto más amplio.

La información aquí presentada está basada en su mayoría, en estudios que indican un conjunto recurrente de factores correlacionados estadísticamente con la violencia contra la mujer, pero no se ha determinado que sean factores causales directos.

Considerando lo anterior, la OMS (2017) menciona que los factores relacionados con la violencia pueden ser de carácter individual, familiar, comunitario, social y del Estado. La ONU (2006), en su documento titulado *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos*, explica dicha clasificación, la cual se puede encontrar a manera de resumen en la siguiente tabla.

Tabla 3
Niveles y factores correlacionados a la violencia (ONU, 2006) (p.38)

Nivel	Factores
Individual	Ser joven; historia de abusos en la infancia; haber presenciado escenas de violencia conyugal en el hogar; consumo de alcohol y drogas; baja condición educacional o económica e integrante de una comunidad marginada o excluida.
Familiar	Control masculino de la riqueza y autoridad en la toma de decisiones; historia de conflictos conyugales, y la existencia de disparidades interpersonales en lo económico, educativo o laborales.
Comunidad	Aislamiento de las mujeres y falta de apoyo social; actitudes comunitarias que toleren la violencia masculina, y la carencia de empoderamiento social y económico.
Sociedad	Roles de género que favorecen la subordinación femenina, y la legitimación de la violencia como medio de resolución de conflictos.
Estado	Leyes y políticas de prevención inadecuadas y bajo nivel de conciencia y sensibilidad de los agentes de la ley y los encargados de la prestación de los servicios sociales.

En correspondencia, entre otros factores de riesgo relacionados con la violencia contra las mujeres, además de los ya mencionados, ONU Mujeres (2012), y la OMS (2017), también refieren los siguientes:

- El hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja.
- Tener hijos pequeños.
- Un acceso reducido de la mujer a empleo remunerado.
- Insatisfacción marital.
- Las dificultades de comunicación entre los miembros.
- Conflicto y tensión dentro de las relaciones.
- Falta de espacios para mujeres y niñas, espacios físicos o virtuales de encuentro que permitan su libre expresión y comunicación; un lugar para desarrollar amistades y redes sociales, vincularse a asesores y buscar consejos en un ambiente de apoyo.
- Un limitado marco legislativo para prevenir y hacer frente ante la violencia e ineficacia de los castigos.

La Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014, citado en ONU Mujeres, 2017) declara que, aunado a lo anterior, determinadas características de las mujeres, pueden incrementar la vulnerabilidad ante la violencia: la orientación sexual, la discapacidad, el origen étnico, la clase social, la cultura, la nacionalidad, la religión y algunos factores contextuales, como las crisis humanitarias y situaciones de conflicto.

Continuando esta misma línea de indagación, se procederá a profundizar en algunos de los factores descritos. En primera instancia, se explorará la edad; si bien es cierto que la violencia se presenta independientemente de la edad, según el informe *Análisis e interpretación de datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres en la CAPV* (Servicio de Investigación Social de Fundación EDE, 2017), tanto las mujeres jóvenes como las mayores, pueden presentar dificultades para darse cuenta de la situación violenta en la que viven, incluso en sociedades que se presuponen más igualitarias en materia de derechos.

En México, según el INEGI (2017), la población de mujeres jóvenes de edades entre 20 y 39 años, representan la población más vulnerable a ser víctima de violencia. Las estadísticas indican que 70 de cada 100 mujeres de entre 20 y 34 años, ha enfrentado al menos un episodio de violencia o abuso.

Ahora bien, esta misma institución, ha hallado que la edad en la que se casaron o se unieron por primera vez las mujeres se relaciona con la prevalencia de la violencia. En nuestro país, una proporción considerable de las mujeres violentadas en la pareja (48%) se casaron o unieron antes de los 18 años (INEGI, 2017). La unión a edades tempranas constituye un desarrollo limitado y un obstáculo de oportunidades que tienen las mujeres para continuar su formación. Sumado a ello, la persistencia de los patrones de género, continúan reteniendo a las mujeres en el hogar para desempeñar los papeles de esposa, madre y cuidadora (INEGI, 2017).

Relacionado con las pautas de comportamiento establecidas de acuerdo al sexo y la historia previa de maltrato en la infancia como factores asociados, se puede mencionar a la familia como una de las instituciones en las cuales los comportamientos violentos se pueden repetir y prolongar fácilmente (Echeburúa, De Corral, Fernández y Amor, 2004).

El aspecto económico es otro de los factores con más tendencia; se ha observado que la violencia se presenta independientemente de la condición económica, lo cual supone que un nivel alto de ingresos no evita la violencia, no obstante, la disponibilidad de recursos económicos sí parece asociarse con la incidencia de la violencia (Servicio de Investigación Social de Fundación EDE, 2017).

De acuerdo con la ONU (2006), la desigualdad económica puede fungir como factor en cuanto al nivel de los actos de violencia como a nivel de las tendencias económicas que propician o exasperan las condiciones para dicha violencia. La presencia de dicha desigualdad económica y la discriminación contra la mujer en diversos sectores tal como el empleo o inserción laboral, ingresos, el acceso a otros recursos económicos, la falta de independencia económica e incluso las dificultades de acceso a una vivienda, merman las habilidades en la toma de decisiones y de actuación. Por otro lado, se toma en cuenta que la falta de empoderamiento económico de las mujeres, también contribuye a la falta de acceso y control de recursos económicos como lo es la tierra y los bienes muebles, el salario y el crédito (ONU, 2006).

Por otra parte, en el informe de Servicio de Investigación Social de Fundación EDE (2017) se explicita que la violencia es vivida por mujeres de cualquier nivel educativo y en el caso de la violencia ejercida por pareja o expareja, la incidencia es sutilmente menor en

mujeres que han terminado estudios universitarios. En correspondencia, el INEGI (2013) ha documentado que, según el nivel de instrucción, en el país las mujeres con mayor probabilidad de ser violentadas son las que tienen secundaria o alguna carrera técnica con secundaria terminada, pues 36 de cada 100 de ellas han sido violentadas por su pareja, les siguen las que tienen estudios de bachillerato, preparatoria abierta o escolarizada, superiores y de posgrado (35 de cada 100) y en última posición se encuentran las mujeres que cuentan con primaria incompleta y completa (32 de 100).

También, la ONU (2006) afirma que algunas normas culturales y especialmente las creencias ligadas a “prácticas tradicionales nocivas” (como la mutilación genital femenina y la preferencia por los hijos varones) funcionan como factores que propician la violencia contra la mujer. Aunado a ello, es de relevancia identificar cómo dichas normas se encuentran vinculadas a valores religiosos, que, por lo general, tienden a justificar la violencia contra la mujer; esto se expresa en la politización de la cultura en forma de fundamentalismos religiosos en diversos contextos (ONU, 2006). En este sentido, Solís (2014) asevera que la religión posibilita la aparición de la violencia por los mensajes que transmite, al tratarse directa o indirectamente la idea de sumisión de la mujer fomentando la resignación y aceptación frente al maltrato familiar. Con relación al maltrato vivido en la familia, este ha sido vinculado igualmente, con un aumento del riesgo de violencia, esto, dado los patrones de conducta personales y familiares, lo cual incluye los antecedentes de exposición a malos tratos. Es conveniente tomar en cuenta que, dentro del núcleo familiar se aprenden habilidades para la resolución de conflictos y de comunicación, ideales para el desarrollo de relaciones interpersonales, lo cual puede determinar si un conflicto adquiere o no carácter violento y propiciando que en un determinado entorno se tolere la violencia o sea considerada válida para resolver los conflictos (ONU, 2006). Se ha observado que a medida que incrementan los niveles de violencia en la familia, aumenta la posibilidad de que una persona se involucre en el comportamiento abusivo o violento cuando sea adulto (Solís, 2014).

Autores como Loinaz, Echeburúa e Irureta (2011) mencionan que las mujeres con algún tipo de trastorno mental presentan mayor riesgo de sufrir abusos por parte de sus parejas. Los porcentajes de mujeres diagnosticadas con algún trastorno mental y que han

sido violentadas física, sexual o emocionalmente, oscilan entre el 30%-60% total de mujeres. Cualquiera que sea el tipo de violencia, daña la salud mental de la mujer y a su vez, la hace más vulnerable a esta situación. No obstante, un aspecto difícil de investigar y de determinar es si el trastorno mental es anterior o posterior a la victimización (Howard, 2010, citado en Loinaz et. al, 2011).

En esta misma línea, el Servicio de Investigación Social de Fundación EDE (2017) especifica que la enfermedad o las necesidades educativas especiales también son situaciones que inciden en la vulnerabilidad de las mujeres a ser violentadas, esto dado que, generan una mayor dependencia ligada a los cuidados, hecho que frecuentemente es aprovechado por las personas para ejercer mayor control. Además, esta situación se agrava en los casos en las que existen dificultades de aprendizaje, de comunicación o lingüísticas puesto que son un obstáculo para la integración social. La esfera de las relaciones sociales es trascendental en el desarrollo de un individuo, por ello, está latente el riesgo de experimentar comportamientos violentos si hay aislamiento social, la falta o escasa red social de apoyo o bien, la falta de tareas extradomésticas.

Entre otros elementos a contemplar como factores involucrados con la violencia, el Servicio de Investigación Social de Fundación EDE (2017) enuncia el limitado acceso a los recursos de información, apoyo y asesoramiento a mujeres. Es de sumo valor decir que, dados los avances en materia de tecnología y con ellos la directa transformación en el estilo de vida de una sociedad, se ha observado un cambio en las formas de comunicación e interacción entre los individuos debido al uso de Internet o redes sociales, trasladando a estos espacios virtuales la manifestación de la violencia en sus diferentes expresiones, siendo la población juvenil la más expuesta y un asunto poco tratado.

Solis (2014) expone que el consumo y abuso de sustancias como el alcohol y psicotrópicos pueden contribuir a la aparición de conductas violentas al estar interactuando con situaciones problema para las personas. Por su parte, Loinaz et. al (2011) afirman que la violencia en la pareja y en específico contra la mujer, es resultado de un estado emocional intenso que interactúa con actitudes de hostilidad, un repertorio de conductas pobre (déficit de habilidades de comunicación) y factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo de sustancias, celos), así como de la percepción de vulnerabilidad. Los déficits de habilidades

de comunicación y de solución de problemas impiden la canalización de los conflictos de una forma adecuada y el problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad (Echeburúa y Muñoz, 2017).

Finalmente, entre otro de los factores explicados por la ONU (2006), se encuentra el desempeño que ejerce el Estado, el cual está enmarcado en varias funciones. Se valora el papel del Estado porque, de acuerdo con esta organización, este interviene en la construcción y mantenimiento de los roles de género y las relaciones de poder. Por lo tanto, la inacción del Estado conlleva leyes y políticas discriminatorias en contra de las mujeres, y un atentado a los derechos humanos. La negación de tales derechos propicia las condiciones para la violencia contra las mujeres puesto que, son los derechos humanos lo que responsabiliza al Estado de atender las causas y prevención de la violencia. Este asunto conlleva a incluir las medidas de intervención adaptadas cuando se cometen actos de violencia, las cuales desafortunadamente, son poco efectivas visto que, predomina la impunidad.

En resumen, se puede afirmar que la violencia contra la mujer es multifactorial y en medida que los factores se concentran aumenta la vulnerabilidad; es sustancial remarcar que la existencia de estos factores no es determinante, aunque sí juegan un papel importante en el establecimiento de la violencia.

Si bien, cada vez existe un mayor reconocimiento de la violencia ejercida en contra de la mujer, por parte de la sociedad, de sus integrantes y de los sectores públicos y privados, aún queda un largo camino que recorrer para establecer recursos y estrategias más eficaces que permitan la implementación de acciones orientadas a prevenir, atender y sancionar la violencia. Los avances en la investigación del tema es uno de los primeros eslabones para dar paso a la práctica.

2.3 Dinámica de la violencia

Un episodio violento, o bien, la violencia misma puede parecer impredecible. Generalmente es descrita o percibida como una explosión que se encuentra determinada por las circunstancias y un momento de la vida de los individuos involucrados. Sin embargo, la realidad es que la violencia se presenta en un ciclo, que se repite sin importar cuando ocurre o quienes se encuentran involucrados.

Cabe resaltar que todos los artículos consultados hacen referencia al ciclo de la violencia propuesto por Leonore E. Walker en 1979. Dicho ciclo sustenta que, cuando se produce la violencia, no ocurre de forma constante, sino que se presenta en un ciclo de tres etapas (Reyes, 2014):

1. *Acumulación de la tensión*

Esta primera fase se caracteriza por los cambios repentinos o bruscos del estado de ánimo de la persona que ejerce la violencia. Esta comienza a responder de manera negativa y hostil ante lo que percibe como frustrante. En contraposición, la persona que es violentada se muestra sumisa y complaciente.

Reyes (2014) afirma que el violentador genera dependencia hacia su pareja, por lo que se vuelve más celoso, posesivo y hostigante, acrecentando así el malestar de la persona violentada, aunque ésta no lo reconozca ni demuestre.

2. *Descarga aguda de la violencia o Explosión*

En lo referente a la fase dos, esta se describe como la más corta de las tres. Consiste en la descarga incontrolada de la tensión generada en la fase anterior. Se manifiesta en una fuerza destructiva en la que busca “dar una lección” o convencer de que cierto comportamiento es inadecuado, por lo que la persona violentada es lastimada severamente. De acuerdo con Yugueros (2014), quien ejerce la violencia emite diversos comportamientos incluidos en las categorías física, psicológica y/o sexual; la persona violentada, ha entrado en la llamada “indefensión aprendida”.

Este episodio se caracteriza por un ataque agudo seguido por un periodo inicial de shock y negación del hecho. Por lo cual las mujeres agredidas generalmente no buscan ayuda y en los casos en los que se realiza esta búsqueda, se tarda hasta 48 horas después del ataque.

En este periodo inicial de shock, puede no comprenderse la causa que detonó la violencia. La negación, por su parte, se da en ambos individuos, ya que ambos tratan de justificar la gravedad del ataque. En la mayoría de las situaciones la persona violentada se siente culpable y se adjudica la causa del ataque, lo que provoca un colapso emocional en el que se ven incluidos sentimientos de indiferencia, depresión, desamparo, entre otros (Reyes, 2014).

3. *Reconciliación o Luna de miel*

La última fase es caracterizada por la actitud de la persona que ejerce la violencia, la cual es extremadamente amorosa y arrepentida. Al darse cuenta de la gravedad de sus actos busca reparar el daño por lo que se conduce de manera encantadora, manifiesta malestar por sus acciones y, transmite remordimiento y perdón. Hace promesas de que no volverá a suceder y que se controlará en un futuro. Además, se suele emplear la manipulación por medio de muestra de afecto u obsequios.

En el dado caso de que la persona quien fue violentada no acceda a perdonar a la persona que la violentó, esta última puede recurrir al chantaje y las amenazas, tales como matarla, el suicidio o quitarle a los hijos en caso de tenerlos. Esta última fase puede llegar a durar días o semanas, después el ciclo volverá a repetirse.

En resumen, el ciclo de la violencia atraviesa una fase de tensión, en la que se dan lugar agresiones menores y roces que la mujer acepta para evitar otro ataque de mayor gravedad. Seguida de una fase de explosión en la que se da lugar a los comportamientos violentos de todo tipo. Y finalmente una tercera fase en la que se presenta un arrepentimiento por parte del individuo que violenta; busca compensar sus actos con cariño, o chantajes y amenazas con el fin de mantenerla con él.

Además, es conveniente tener presente que, si bien estas etapas vuelven a repetirse, en cada nuevo ciclo la gravedad e intensidad de la violencia incrementa y según Yugueros (2014), las etapas del ciclo tienden a ser cada vez más breves, llegando incluso a desaparecer la de “reconciliación”, agravando la situación de violencia.

A la persona que experimenta violencia se le dificulta la identificación de este ciclo, así como de la gravedad de las acciones ya que se presentan de manera gradual. Ahora bien, ante el cuestionamiento planteado, ¿cualquier situación de violencia pone en peligro la vida de una mujer?, Labrador et. al (2004) responden aludiendo al concepto de la “escalada de la violencia”. Si bien es cierto que, el maltrato físico es más arriesgado ello no implica no estar atentos al maltrato de tipo psicológico. La escalada de la violencia se refiere a que los episodios en los que ocurren las conductas violentas son cada vez más intensos y peligrosos, alcanzando niveles más superiores, pudiendo consumarse en la muerte (Labrador et. al, 2004).

A este respecto, la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1974, citado en Reyes, 2014) permite explicar los cambios psicológicos responsables del mantenimiento de la mujer maltratada. Esto se basa en que los acontecimientos violentos se encuentran entremezclados con periodos de ternura y arrepentimiento que actúan como un estímulo aversivo que provoca, a largo plazo, una falta de relación entre los comportamientos y los resultados de los mismos.

2.4 Consecuencias

Hasta ahora, se ha expuesto qué es la violencia, su clasificación y los ámbitos en los que se presenta. También se explicaron algunas posibles causas y aspectos relacionados, así como de la dinámica en la que se presenta la violencia en cualquiera de sus ámbitos, lo cual da apertura a abordar las diversas consecuencias que trae consigo el fenómeno de la violencia, de manera específica, en las mujeres violentadas.

De acuerdo con Guedes, García-Moreno y Bott (2014), la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos con importantes ramificaciones para la salud pública y para el desarrollo económico y social. Además de que las consecuencias de esa violencia pueden resultar duraderas y de amplio alcance, teniendo presente que es un fenómeno con manifestaciones en forma de lesiones, enfermedad y, en algunos casos, de muerte.

Montenegro (2018) expresa que existen secuelas a corto, mediano y largo plazo. Entre las secuelas que se presentan a corto plazo se encuentran: irritabilidad de la víctima, aislamiento, golpes, moretones, mordeduras y disminución de energía. Mientras que a mediano y largo plazo: se muestra una disminución gradual de las defensas físicas y psicológicas, lo cual significa un aumento de los problemas de salud. También se registra una elevada disminución en el rendimiento laboral. Y en el caso de los niños y adolescentes, que viven o son testigos de violencia intrafamiliar, a menudo presentan trastornos de conducta escolar y dificultades del aprendizaje.

Reafirmando estas declaraciones, la OMS (2014) estima que la violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida (sobre todo en el caso de las mujeres y los niños). También existe una muerte prematura, ya que muchas de las causas principales

de muerte están relacionadas estrechamente con experiencias de violencia; en muchas partes del mundo, la violencia contra las mujeres es una de las principales causas de lesiones y discapacidad. De igual manera, representa un factor de riesgo de sufrir otros problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva (OMS, 2013c).

De manera más específica, Calvo y Camacho (2014), exponen que se encuentra ampliamente demostrado que el hecho de que una mujer se encuentre sometida en una relación de violencia tiene graves consecuencias en su salud, a corto y largo plazo. Lamentablemente, como menciona Montenegro (2018), los efectos más visibles, y los que causan un mayor nivel de agresión contra la mujer son las repercusiones físicas. Es por ello que, como se ha observado, las denuncias se realizan mayormente cuando las lesiones físicas son fuertes y ponen en peligro la vida de las mujeres.

Al resaltar que la violencia contra la mujer tiene vastas consecuencias tanto para ellas, para sus familias y la sociedad en su conjunto, resulta fundamental profundizar en cada una de ellas, por ello a continuación se presenta una breve y concisa clasificación y su respectiva descripción de los efectos incluidos en cada apartado.

2.4.1 Consecuencias económicas

Aunque al mencionar las consecuencias de la violencia no se presupone que se hablará en primera instancia del asunto económico cuando está en tela de juego la integridad de las personas, si es significativo mencionar lo que implica en términos de costos tanto a nivel individual, familiar y para las comunidades. De acuerdo con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y su Programa Universitario de Estudios de Género (2016), la ventaja de conocer el costo monetario de la violencia contra las mujeres facilita la búsqueda de la eficiencia en el gasto general que se destina a la atención de esta problemática.

La ONU (2006) enmarca que hay dos tipos de costos: a) el costo directo de los servicios relacionados con la violencia contra la mujer, y b) el costo indirecto de las pérdidas de empleos y productividad.

El primero de ellos -el costo directo- refiere a todos aquellos servicios y gastos efectivos realizados por las personas, los gobiernos y las empresas, esto referido a la

adquisición de bienes, instalaciones y el establecimiento de servicios para ofrecer la prevención, el tratamiento y apoyo a los individuos violentados/sobrevivientes y llevar a los autores de tales actos ante la justicia. Esto abarca, por ende, los servicios del sistema de justicia penal (por ejemplo, la policía, las fiscalías, las prisiones); los servicios de salud (por ejemplo, la atención primaria de la salud y la atención hospitalaria para los casos de daños físicos y mentales); también la vivienda (tal como albergues y refugios); los servicios sociales (cuidado de los niños); así como el apoyo en materia de ingresos y de otro tipo (asesoramiento en las crisis, líneas telefónicas) (ONU, 2006). Como es de suponer, todos estos elementos, absorben parte de los recursos de los servicios públicos y de ahí también lo conveniente que resulta atender la situación.

Por su parte, el costo indirecto de pérdida de empleos, tal como su nombre lo indica, es aquel que disminuye la formación de capital humano y conlleva la reducción de la producción económica. Dada una situación de violencia, las mujeres pueden ausentarse de su ámbito laboral como resultado de lesiones o bien, se ve afectado su nivel de productividad. En este panorama, no sólo las mujeres tienen pérdidas de ingresos, sino también los empleadores por los temas de producción, costos de la licencia por enfermedad y de contratación. Sumado a ello, también emergen costos adicionales con la disminución de la capacidad de producción, estos están referidos a la pérdida de logros educacionales, la movilidad y el potencial de innovación de las mujeres violentadas, de sus hijos e incluso de los autores de dichos actos de violencia (Council of Europe, 2006, citado en ONU, 2006).

La UNAM (2016), en el documento titulado *El costo de la violencia contra las mujeres en México* alude a los datos presentados por la CONAVIM en el año 2012, los cuales indican que el costo de la violencia contra las mujeres oscila entre 1.6 y 2 % del Producto Interno Bruto en los países de Latinoamérica, lo que en México es el equivalente a \$133 mil millones de pesos. Estos datos aún se ponen en cuestión y representa una cifra conservadora si se considera que la mayoría de las mujeres que son violentadas no proceden a la denuncia ni acuden a los servicios especializados.

2.4.2 Consecuencias físicas

Como ya se mencionó, comúnmente son las consecuencias físicas las más fáciles de percibir y generalmente, las primeras en tomarse en cuenta. Es importante comprender que los efectos físicos de la violencia contra la mujer incluyen numerosos síntomas físicos que se presentan en distintos niveles (Montenegro, 2018). Pueden iniciar como moretones y rasguños y escalar a huesos rotos, heridas corto punzantes, lesiones abdominales, torácicas o cerebrales, quemaduras y escaldaduras, fracturas, desgarros y discapacidad, hasta llegar a la muerte de la víctima (OMS, 2014).

Entre otros efectos, también se menciona la alteración de las defensas físicas y psicológicas que viven las mujeres que sido víctimas de violencia y agresiones continuamente, esto traducido en enfermedades psicosomáticas. Se habla también, de una disminución en las capacidades cognitivas y un retraso en el desarrollo físico y psicosexual (Montenegro, 2018). La ONU (2006) añade a esta lista, la malnutrición y la pérdida de peso no saludable. Sumado a estas secuelas, las investigaciones en el campo de la salud, (Montenegro, 2018) reporta una disminución en el rendimiento intelectual de las víctimas, hecho que supone una afectación en las actividades cotidianas incluyendo las laborales y educativas.

2.4.3 Consecuencias en la salud

Primeramente, en el campo de la salud sexual y reproductiva las principales consecuencias existentes son: embarazos involuntarios, complicaciones en el embarazo y/o abortos peligrosos (OMS, 2014). En correspondencia, la ONU (2006) explica que la presencia de actos violentos antes o durante los embarazos, puede contraer graves problemas para la salud tanto para la madre como para el hijo, convirtiéndolos en embarazos de alto riesgo y caracterizándose por la presencia de diversos problemas entre ellos, los partos prematuros y los sufrimientos fetales.

También existen repercusiones tales como los trastornos ginecológicos, síndromes de dolor complejo, dolor pélvico crónico, VIH u otras infecciones de transmisión sexual (OMS, 2014). Así mismo, Heise, Ellsberg y Gottemoeller (2002, citado en ONU, 2006) afirman que algunas otras consecuencias para la salud reproductiva de las mujeres están la

enfermedad pélvica inflamatoria, las muertes relacionadas con el SIDA y los malos resultados obstétricos. Vinculado a lo anterior, también figuran otras de las consecuencias ginecológicas como las hemorragias o infecciones vaginales, los dolores pélvicos crónicos y las infecciones de las vías urinarias, así como trastornos gastrointestinales (ONU, 2006).

En lo que respecta al ámbito de enfermedades crónicas en algunos casos, las personas violentadas pueden presentar artritis, asma, cáncer, trastornos cardiovasculares, diabetes, problemas renales, hepatopatías y accidentes cerebrovasculares (OMS, 2014). Por otra parte, Cohen y Maclean (2004, citado en ONU, 2006) hacen explícito que una situación de violencia aumenta la probabilidad de abusar del alcohol y las drogas, causando efectos en la salud, así como presentar disfunciones sexuales y trastornos del sistema nervioso central.

De acuerdo a la OMS (2014) es importante tener presente que, el hecho de vivir una situación de violencia puede agravar el estado de salud, si este ya se encuentra afectado. O en su defecto, la violencia puede representar un factor de riesgo para la presencia de enfermedades o complicaciones en la salud (Montenegro, 2018).

Como se ha relatado hasta ahora, la violencia tiene consecuencias para la salud tanto mortales como no mortales. Para dar cuenta de la situación, cabe agregar que, de manera general, las mujeres que son víctimas de violencia reportan que han tenido más intervenciones quirúrgicas, más consultas médicas y más estadías en hospitales que las mujeres sin antecedentes de maltrato (OMS, 2013c).

2.4.4 Consecuencias psicológicas

Las secuelas de la violencia psicológica contra la mujer pueden ser tan devastadoras como las consecuencias físicas producidas por la violencia. En primera instancia, es necesario comprender que aún en la actualidad son pocos los estudios que buscan vincular la incidencia de trastornos psicológicos, con la violencia que viven las víctimas (Montenegro, 2018). No obstante, si bien son pocos los estudios “Hasta el momento son 2 los diagnósticos que aparecen con mayor frecuencia en este grupo de víctimas, la depresión y el trastorno de estrés postraumático” (Paz y González, 2003, p.3, citado en Montenegro, 2018). Confirmando así lo encontrado en el metaanálisis de Golding en 1999 (citado en

Zamora, 2017), en el que se destaca la prevalencia de Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) en un 63.8% y la depresión en un 47.6%. En este mismo análisis, también se señala una elevada frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias.

Tan elevada es la frecuencia, que algunos autores han llegado a tener una terminología propia, como es la definición de “Síndrome de la mujer maltratada” (Zamora, 2017). Dicho síndrome trata de una adaptación a la situación aversiva caracterizada por el incremento de la habilidad de la persona para afrontar estímulos adversos y minimizar el dolor. Además de presentar distorsiones cognitivas, como la minimización, negación o disociación; por el cambio en la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo.

Zamora (2017), además, plantea que la existencia de este síndrome representa algo más complejo que el TEPT. Al no incluir sólo la sintomatología de este trastorno, sino también síntomas de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor. Así como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y problemas para establecer relaciones.

En acuerdo a esta aseveración la OMS (2013c) refiere que se ha vinculado a las víctimas de violencia con un riesgo mayor de resultados adversos. Entre las consecuencias más frecuentes de los diferentes tipos de violencia, como ya se mencionó, se encuentra la depresión y el TEPT. Pero también se ha identificado la presencia recurrente de intentos de suicidio y otros trastornos de ansiedad y estrés. Así mismo, aunque en menor medida, se presentan trastornos del sueño y de los hábitos alimenticios. Además, suelen coexistir problemas de conducta como abuso de alcohol y drogas, deficiencias de la atención, hiperactividad, tabaquismo y prácticas sexuales de riesgo.

Ahora bien, dado el interés y los objetivos de esta investigación, se realizará a continuación una revisión más profunda referente depresión e ideación suicida, TEPT y ansiedad como consecuencias de la violencia.

Depresión e ideación suicida

Para iniciar, resulta conveniente comprender, ¿qué es la depresión?, de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015) se define como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos. Es decir, sentimientos de dolor profundo, de culpa, soledad, tristeza patológica,

decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Sumado, en mayor o menor grado, a la presencia de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático. Del primer tipo se pueden presentar baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida. Del tipo volitivo se manifiestan: apatía, anhedonia, retardo psicomotor y descuido en sus labores cotidianas. Finalmente, entre los síntomas de tipo somático, se muestran algunos como: cefaleas, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, propensión a infecciones, entre otros. Es por todos estos síntomas que el IMSS (2015) asevera que existe una afectación global de la vida psíquica.

Además de lo ya mencionado, la OMS (2018) explica que la depresión puede manifestarse de manera crónica o recurrente, dificultando sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

De acuerdo con Montenegro (2018), la depresión se encuentra catalogada como un trastorno asociado a una alta tasa de mortalidad. Conforme a lo estipulado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2000) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [DSM-IV-TR] las personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio están en el 15%. Dada esta situación, es conveniente comprender que la depresión en un estado leve puede tratarse sin la necesidad de medicamentos. Pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2018).

El efecto que tiene la violencia sobre la depresión, es alarmante puesto que, se duplica la probabilidad de esta en las mujeres. Un ejemplo de esto, sería la contribución a la formación de estilos de apego inseguros o desorganizados, que están asociados tanto con el aumento de la violencia, como con el riesgo de depresión (Devries et al., 2013). De la misma manera, aunque no se encuentra muy claro el mecanismo, existe una asociación entre las mujeres que han experimentado abuso sexual infantil (CSA) y el riesgo de ser víctimas de violencia posteriormente.

Igualmente, se ha reconocido que los maltratos físicos y el abuso sexual en la niñez se asocian con un sinnúmero de comportamientos de riesgo posteriores. Las mujeres

víctimas de abuso sexual temprano a menudo reportan sentir menosprecio por sí mismas y tienen dificultades para distinguir el comportamiento sexual del comportamiento afectuoso (OMS, 2013c).

Ante esta perspectiva, se resalta la vulnerabilidad y susceptibilidad que las mujeres tienen al ambiente de violencia en el que viven. Ya que se ha visto que, en ocasiones, la depresión distorsiona la forma en que se evalúa el riesgo del ambiente en el que se vive (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2017).

Es por todo lo anterior, que la depresión es considerada como una de las principales consecuencias de la violencia que viven las mujeres. Segovia (2014) reporta además que, de acuerdo a las investigaciones, la prevalencia de depresión en este tipo de víctimas se encuentra entre un 15% y un 83%. Y que esta frecuencia se encuentra expresada en relación a la gravedad y duración de las situaciones de violencia.

En cuanto a lo que se refiere a la ideación suicida, Devries et al. (2013) reconoce que se encuentra claro que la violencia debe preceder a los suicidios consumados. No obstante, la mayoría de los estudios sobre la violencia y el suicidio en realidad miden los intentos de suicidio, que podrían preceder a las experiencias violentas. Sin embargo, estos mismos autores consideran la importancia de comprender que, aunque puede ser fácil suponer que la violencia se encuentra relacionada causalmente con la depresión y que el comportamiento suicida se puede derivar de esta, la evidencia sugiere que la relación es más compleja.

En lo concerniente a la tasa de prevalencia de suicidio en mujeres que viven violencia, ésta varía entre un 4.6% y un 77% (Segovia, 2014). Estas cifras pueden verse explicados dados los factores de riesgo que pueden inducir a las personas violentadas a recurrir a esta práctica. Principalmente, se puede mencionar el aislamiento al que están sometidas las mujeres, viendo así, el suicidio como única salida a la situación que viven (Segovia, 2014). De ahí la importancia de la intervención profesional para el tratamiento de estas y las demás, consecuencias de la violencia.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Ha quedado claro hasta hora que el TEPT es señalado como una de las principales consecuencias de la violencia contra la mujer. De acuerdo con Segovia (2014), hay una

estimación de un 60% de prevalencia de este trastorno en los casos de esta problemática. En algunas otras investigaciones se reporta que el TEPT desarrollado por este tipo de víctimas se encuentra entre un 45% y 85% de los casos. Demostrando así, la importancia de este trastorno como consecuencia psicológica de la violencia vivida por mujeres.

Pero, ¿de qué se trata el TEPT? El IMSS (2011) retoma la definición planteada por la OMS en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). El cual refiere que se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes graves, ser testigo de una muerte violenta, ser víctima de tortura, de una violación u otro crimen). El TEPT se caracteriza entonces por estar desencadenado por la exposición a una o más experiencias traumáticas a partir de la cual el individuo presenta un deterioro significativo del funcionamiento social, escolar o laboral y personal. Este deterioro se trata de una respuesta intensa, tanto física como emocional en la que se recuerda el evento, y puede durar muchas semanas o meses después del trauma.

Acorde a lo expuesto, Carvajal (2015) refiere que al tratarse de un acontecimiento que se encuentra fuera del marco normal de experiencia de la persona, ésta no cuenta con los recursos personales para hacer frente a dicha situación. Esto produce un efecto de sobrecarga emocional y un impacto psicológico.

Cabe mencionar que, en la actualidad el TEPT es un trastorno que en el DSM IV ya no exige la presencia de un acontecimiento extraordinario necesariamente. Basta con los síntomas de re-experimentación de los acontecimientos, es decir, los flashback y pesadillas que mantienen actualizado el miedo. Por lo tanto, la víctima permanece en una situación de alerta constante, perpetuando el sufrimiento (Zamora, 2017). Por su parte, los síntomas de evitación o constricción provocan un rechazo a recordar, dando lugar a una desconexión de la víctima consigo misma, produciendo síntomas disociativos. Por otro lado, la sintomatología de activación, representa una hiperactivación fisiológica que altera el sueño e impide una recuperación.

En el caso específico de los síntomas de este trastorno que se manifiestan en las mujeres violentadas, Segovia (2014) reporta que se encuentran:

- a) La re-experimentación, es decir, el malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar lo vivenciado. En un 75.7%, 71.5% y 62.9% de prevalencia, respectivamente.
- b) Aumento de activación en un 50%, resaltando los síntomas referentes a dificultades para conciliar o mantener el sueño y las dificultades de concentración.
- c) Síntomas de evitación, destacando la evitación de pensamientos, sentimientos y conversaciones asociadas a lo vivido en un 67.1%. Una pérdida de interés de actividades significativas en el 62.8% y en la restricción de la vida afectiva en un 57.1% de prevalencia.

Por su parte, Carvajal (2015) expone que diferentes investigaciones han reportado que las siguientes variables se relacionan de manera directa con el desarrollo de este trastorno en las víctimas de violencia:

- a) La severidad de la violencia vivida.
- b) La proximidad temporal del maltrato.
- c) Los eventos vitales negativos.
- d) Los estresores familiares.
- e) La falta de estrategias de afrontamiento para finalizar la relación
- f) La falta de apoyo social percibido.

Es por todo lo anterior, que el TEPT representa una de las principales consecuencias de la violencia que viven las mujeres. Por lo cual existen infinidad de investigaciones que plantean su tratamiento. Sumado al hecho de que existe una elevada asociación entre este trastorno y la depresión. Prieto (2014) hace referencia a una comorbilidad entre depresión y TEPT de un 84.2%. Un ejemplo de esta asociación se observa cuando el TEPT representa el principal mecanismo por el cual la violencia contra la mujer puede causar depresión e intentos de suicidio posteriores. Es decir, los eventos traumáticos pueden llevar al estrés, al miedo y al aislamiento, lo que a su vez puede llevar a la depresión y al comportamiento suicida (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2017).

Ansiedad

La ansiedad es la tercera consecuencia con mayor prevalencia en las víctimas de violencia. En concordancia con Prieto (2014), las mujeres que sufren violencia presentan más trastornos de ansiedad que la población general. De acuerdo con los datos reportados por esta autora, existe una discrepancia en algunos resultados encontrados. Algunas investigaciones reportan un 83% de prevalencia. Mientras que otros estudios establecen que la frecuencia de los síntomas de ansiedad en mujeres violentadas oscila entre el 16.4% y el 54.4%. Lo que queda claro con estas cifras, es la indiscutible frecuencia con las que estos síntomas se manifiestan en las personas que experimentan violencia.

Ahora bien, de acuerdo con el IMSS (2010), la ansiedad se trata de un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos. Que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera como una patología, por su manifestación irracional, puesto que el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva, la duración es injustificadamente prolongada o la recurrencia es inmotivada. Esto puede generar una afeción en los procesos mentales, produciendo distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

La ansiedad tiende a manifestarse en sensaciones somáticas y respuestas cognitivas, conductuales y afectivas. Entre las primeras se pueden nombrar algunas tales como: el aumento de la tensión muscular, mareos, sudoración, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, entre otras. Mientras que en lo referente a los síntomas psíquicos se encuentran algunos como: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, y sensación de muerte inminente (IMSS, 2010).

Montenegro (2018) añade que la ansiedad crónica, puede inducir al individuo a buscar remedios en hábitos altamente perjudiciales para la salud. Un ejemplo de ello puede ser el abuso en el consumo de alcohol, drogas, tranquilizantes y/o tabaco. Conforme a lo expresado por Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil, y Campos (2014), se trata de una serie de mecanismos defensivos, que son considerados como respuestas adaptativas. Dichas

respuestas han sido desarrolladas por los individuos al verse enfrentados frecuentemente a situaciones o estímulos similares. Es por ello que el vivir en una situación constante de violencia tiene un profundo impacto en la salud de la mujer.

2.4.5 Consecuencias culturales y sociales

Autores como Guedes, et al. (2014) sostienen que la violencia contra la mujer también tiene consecuencias de carácter generacional, puesto que comúnmente, cuando las mujeres viven actos violentos, sus hijos sufren. Como se ha reportado en los hallazgos realizados en diferentes investigaciones, los niños que han sido testigos de hechos de violencia o que los han sufrido directamente, corren mayor riesgo de ejercer la violencia o ser violentados en la edad adulta.

Siguiendo esta línea, la ONU (2006) dilucida que los hijos de mujeres violentadas presentan mayor riesgo de tener problemas de salud, bajo rendimiento escolar, trastornos del comportamiento y emocionales. Las investigaciones indican que los niños que presencian los episodios de violencia en su familia, pueden comportarse de manera temerosa y antisocial, asimismo, se ha comprobado que manifiestan un mayor grado de ansiedad, depresión, síntomas de trauma y problemas de autocontrol frente a sus pares (Kitzmann, 2003, citado en ONU, 2006). Por otro lado, se menciona que el hecho de presenciar la violencia puede ofrecer pautas de comportamiento relacionado a la delincuencia y uso de la violencia en las relaciones personales (Osofsky, 1999, citado en ONU, 2006). Se hace énfasis en que el estado psicológico de los menores va a depender del tiempo de exposición a la violencia (antigüedad del maltrato), de la gravedad, de si la sufre directamente y de la intensidad del vínculo afectivo con el maltratador (Arruabarrena, De Paúl, Indias y Ullate, 2013; Patró y Limiñana, 2005; Tailor, StewartTufescu y Piotrowski, 2015, citado en Echeburúa y Muñoz, 2017).

Otra repercusión de la violencia de carácter social hace referencia al área laboral. Ya que, dada la situación, se puede producir absentismo laboral. Lo que a su vez representaría la pérdida de oportunidades de promoción laboral, e incluso la pérdida del empleo (González, 2015a).

La violación de los derechos humanos que conlleva la violencia contra la mujer, es también un asunto social ya que impide que las mujeres gocen de la vida y la seguridad personal, de salud, de educación; la participación en la vida pública y en particular en la política se ve mermada.

Palmerlee (2004, citado en ONU, 2006) enuncia que entre otras consecuencias sociales de la violencia se puede hallar la separación de los niños de sus familias, la pérdida de educación, la estigmatización de las mujeres y el aumento de los actos delictivos.

Así pues, se denota que la violencia es una problemática social de gran dimensión, debido no sólo a las consecuencias físicas y psicológicas, sino al bienestar social en general.

CAPÍTULO 3: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA

A lo largo de los capítulos anteriores, se ha hecho referencia a que el fenómeno de la violencia contra las mujeres no se trata de un evento reciente, por ello en los últimos años se ha prestado especial atención al diseño y desarrollo de procesos de denuncia, discusión y visualización sobre esta problemática.

No obstante, antes de esbozar con mayor profundidad la diversidad de enfoques y técnicas desarrolladas en la atención psicológica se procederá a explicar brevemente algunos elementos de la investigación clínica. Esto resulta importante ya que el progreso de la psicología clínica requiere de terapias eficaces, así como de la especificación de los componentes de las mismas; ya no sólo se trata de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que lo es más que otras alternativas y en mejores condiciones (Echeburúa y De Corral, 2001).

De esta manera, no se puede comprender en su totalidad a qué se refiere obtener una mejoría terapéutica sin antes explicar de los componentes de los que se vale. Marks y O'Sullivan en el año 1992 (citado en Echeburúa y De Corral, 2001) mencionan que se debe de considerar:

- Especificidad, traducida a la pregunta ¿Qué síntomas mejoran?
- Plazo, que responde a la cuestión ¿Cuánto tarda en comenzar la mejoría?
- Duración a corto plazo, es decir, ¿Dura el efecto terapéutico mientras el tratamiento se mantiene?
- Duración a largo plazo, ¿Continúa el efecto tras la interrupción del tratamiento?
- Balance, referido a ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes en relación con otros tratamientos disponibles?

Por otra parte, Echeburúa y De Corral (2001) distinguen que las investigaciones clínicas dotadas de una validez interna (los cambios de la variable dependiente se atribuyen al tratamiento) permiten definir el alcance de un programa de intervención, lo cual se le conoce como eficacia. Por su parte, la efectividad es la validez externa, es decir, se habla de un tratamiento efectivo, cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos de la investigación a situaciones clínicas reales. Finalmente, la eficiencia hace referencia al logro

de los objetivos terapéuticos al menor coste posible, esto a nivel terapéutico, sanitario y social. Dichos criterios de éxito en la terapia se pueden observar gráficamente en la Figura 1.



Validez interna 	CONCEPTOS FUNDAMENTALES	DEFINICIÓN
	Eficacia	Resultados favorables en un contexto de investigación
	Efectividad	Resultados favorables en la práctica clínica habitual.
	Eficiencia	Buenos resultados al menor coste posible
		 Validez externa

Figura 1. Recuperado de “Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica”, de Echeburúa y De Corral (2001), p.192.

¿Por qué prestar una gran atención a la evaluación de los procesos terapéuticos?, pues bien, esto resulta de gran trascendencia ya que puede disminuir la variabilidad de la práctica clínica y propicia el establecimiento de tratamientos simples precedidos de investigaciones basadas en evidencia. La integración de las terapias exige una evaluación rigurosa para con ello conseguir un aumento en la calidad de los servicios (Echeburúa y De Corral, 2001). Aunque es cierto que la cuantificación y la medición sean estrategias fundamentales para la ciencia, en el área clínica el profesional trabaja prioritariamente con información cualitativa, esto a través de la observación, de la entrevista y autoinformes. Objetivar es el gran reto del clínico y son los juicios basados en la metodología hipotético-deductiva, los que permiten explicar y predecir el comportamiento (Ibáñez y Echeburúa, 2015).

Una vez aclarado algunos conceptos elementales en el proceso psicoterapéutico, se aterrizará en el proceso de atención en casos de violencia contra la mujer. Autores como Ferreiro, Ferrer, Bosch, Navarro y Blahopoulou (2015) afirman que el proceso de la

atención de la violencia contra las mujeres se ha visto impulsado principalmente por el movimiento feminista y los grupos de mujeres, que han promovido que este fenómeno no se examine como un problema individual, sino que se considere como una problemática social que afecta a infinidad de mujeres en todo el mundo. Este hecho ha llevado a la creación e implementación de programas dirigidos a mujeres víctimas en situación de violencia, así como la integración de tratamientos orientados a la reeducación y rehabilitación para los hombres que ejercen violencia ya que se ha comprobado que tratar al hombre que agrede también es una forma de impedir que la violencia, más allá de la víctima, se extienda a los otros miembros del hogar tal como los niños y ancianos (Echeburúa y Corral, 1998, citado en Echeburúa et al., 2004). Aunado a lo anterior, se ha dado gran cabida a programas de carácter preventivo, con el objetivo de erradicar dicha problemática.

González (2015a) asevera la importancia que existe de realizar una intervención multidisciplinaria, que abarque de forma coordinada e integradora las necesidades que presente cada una de las mujeres. Se ha observado y determinado que las mujeres violentadas no sólo presentan problemas de salud, sino que de manera paralela pueden encontrarse en medio de procesos judiciales, enfrentarse al ámbito laboral y/o a una red de apoyo que se encuentra deteriorada. Dado los elementos mencionados, es importante tener presente la necesidad de trabajar de manera multidisciplinaria ya que, de acuerdo con Matud, Padilla, Medina, y Fortes (2016), el centrarse únicamente en los aspectos psicológicos no logra una recuperación segura, puesto que las necesidades de tipo legal, laboral y social también influyen en dicha recuperación. Resulta indudable que al atender de manera global todos los aspectos que están interrelacionados, sin descuidar alguna de las áreas, se logran resultados mucho más favorables.

Respecto al aspecto psicológico, que es el que nos compete, la Asociación Psicológica Americana (APA, 1999, citada en González, 2015a) señala que todas las intervenciones deberían estar orientadas al tratamiento de los síntomas, debido a la frecuencia con que aparecen los trastornos psicológicos como consecuencia de la violencia, no obstante, no se debe olvidar el área psicosocial afectada. Así mismo, se debe tener en cuenta la situación particular que vive cada mujer, la parte del proceso en la que se

encuentra, así como las características del maltrato vivido y que la han llevado a necesitar el tratamiento (González, 2015a).

Siguiendo esta misma línea, Nájera (2016) remarca la necesidad de crear e instaurar intervenciones específicas para mujeres que han vivido violencia haciendo hincapié en las repercusiones psicológicas, puesto que, las mujeres suelen presentar emociones como culpa, vergüenza, tristeza, impotencia, miedo, angustia o su autoestima se ha visto mermada.

Cabe decir que la gran mayoría de las intervenciones obtienen resultados satisfactorios en las medidas de patologías clásicas, como lo son la depresión, ansiedad y estrés postraumático, tanto de manera individual como grupal. Sin duda, para conseguir una recuperación eficaz es necesario atender cada una de las secuelas de la violencia (González, 2015a); pero, ¿cómo suele ser esta atención? Para el tratamiento de la violencia contra la mujer se han desarrollado diversos programas de intervención psicológica basados en diferentes modelos teóricos los cuales ofrecen un abordaje y por ende comprensión del fenómeno, sin embargo, dada la complejidad, aún son muchas las cuestiones por responder (Ferreiro et al., 2015). En la actualidad las investigaciones realizadas sobre la eficacia de programas, reportan de manera general limitaciones y/o requisitos para su aplicación (Matud et al., 2016). A pesar de que no se duda de la utilidad de las intervenciones terapéuticas (ya sean grupales, individuales, breves o extensas), de acuerdo con Arinero (2006), no existe demasiada investigación controlada acerca de su eficacia. Por lo general la evaluación se ha centrado en el cambio terapéutico del malestar general a través de variables como el TEPT, la autoestima y/o la depresión, dejando fuera aspectos como la integración en el mundo laboral, la mejora de la autonomía, la capacidad de resolución de conflictos o la adaptación a la vida cotidiana.

Por otra parte, también se ha observado que entre los problemas más frecuentes que encuentra la investigación, está la escasez de evaluaciones específicas de la situación y sintomatología. Otro aspecto que interfiere es que, la investigación se ha realizado sólo con mujeres que demandan asistencia, por lo que se condiciona en cierta medida los resultados obtenidos. Así mismo, se manifiesta que un gran número de estudios no cuentan con datos de seguimiento y que se utilizan muestras muy reducidas de participantes (Arinero, 2006).

Las situaciones descritas repercuten en la validez interna y externa, al no contar con muestras suficientemente amplias y evaluaciones de seguimiento que permitan generalizar los resultados en situaciones similares y contribuir en la consolidación de los resultados en términos de eficacia, eficiencia y efectividad (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000, citado en Arinero, 2006). Igualmente, se ha observado que las variables independientes no son siempre las mismas en las diferentes propuestas de intervención, por lo que el análisis de la eficacia a través de una comparación no es posible (Arinero, 2006).

Continuando este hilo argumentativo, Arinero (2006) expone que, otro problema de los estudios es el hecho de que en numerosas ocasiones las mujeres atendidas no son representativas de la población de mujeres maltratadas. Esto puede deberse a que no presentan determinados síntomas o bien, porque pertenecen a un sector determinado a partir del que no se pueden realizar generalizaciones (por ejemplo: mujeres en centros de acogida). También, se debe tener en cuenta cuestiones como los medios para llevar a cabo los tratamientos, ya que suelen ser deficientes. La adherencia al tratamiento y los abandonos prematuros, representan factores que afectan de manera notable cualquier tipo de investigación. Aunado a ello, las escasas medidas de seguridad existentes y las dificultades sociales y económicas toman una relevancia importante al representar un condicionamiento para el desarrollo satisfactorio del tratamiento.

Ahora bien, es importante tener presente como ya se expuso anteriormente, que los programas de intervención enmarcan orientaciones variadas y en ocasiones se combinan elementos dinámicos, cognitivos y conductuales. A este respecto, Romero (2010) afirma que existen ciertos elementos básicos que deberían estar presentes en estos programas o tratamientos, independientemente del modelo de intervención y los fundamentos teóricos que se elijan y se pongan en práctica, así como de las diferencias específicas de cada mujer. Esta autora los denomina como “Principios básicos de la intervención”, los cuales son: 1) la perspectiva de género, 2) desnaturalizar la violencia invisible, 3) el posicionamiento contra la violencia, 4) un equipo multiprofesional y especializado, 5) tener en consideración a los hijos e hijas y 6) la seguridad de la mujer. El primer principio que hace referencia a la perspectiva de género, ayudará a conseguir que la víctima tome el control de su vida y facilitará su empoderamiento.

Por su parte, el desnaturalizar la violencia invisible, implica que las víctimas sean conscientes de que lo que han vivido no son conductas “normales”, y que, en ocasiones, son consideradas así debido a la sutileza y la baja intensidad con la que se presenta, creando habituación y aumentando en intensidad y gravedad poco a poco. El tercer principio remarca la importancia de evitar una neutralidad moral, por parte del profesional ante la víctima, mostrando, por el contrario, solidaridad y oposición ante la injusticia que ha vivido.

El siguiente principio hace referencia a la necesidad de un equipo multidisciplinar y especializado, con el fin de realizar un tratamiento íntegro que atienda todas las necesidades de la mujer. En cuanto al penúltimo principio, éste asegura que hay que tomar en cuenta a los niños y niñas, tanto si han sufrido de violencia de manera directa como si sólo han sido testigos. La intervención con los menores, no sólo representa una recuperación en su vida presente, sino que se realiza una fundamental tarea de prevención de algunas consecuencias ya enmarcadas en el capítulo anterior. Finalmente, se plantea la importancia de garantizar en todo momento la seguridad de las mujeres, ya que Romero (2010) plantea que ésta representa una tarea prioritaria en cualquier tipo de intervención. No se podría conseguir un verdadero éxito si no se ha establecido un nivel razonable de seguridad.

Una vez establecidos estos principios, Nájera (2016) menciona que si bien, la integración progresiva de la perspectiva de género en los estudios psicológicos ha permitido una evolución y avance, aún hoy en día se está lejos de conseguir una generalización. A pesar de que existe un sinnúmero de tratamientos que muestran cierta eficacia, estos siguen sin tener en cuenta las particularidades que socialmente se le otorga al género femenino. Este hecho conlleva la imposibilidad de tener en cuenta las consecuencias de dicha concepción, repercutiendo en el mejoramiento de los programas tratando dichas cuestiones.

Por otro lado, lo más habitual suele ser que las intervenciones se desarrollen en modo ambulatorio, es decir, que la atención se dé en un lugar concreto (centros de salud, centros cívicos, etc.) al que la persona debe desplazarse con cierta periodicidad (semanal o quincenalmente). Sin embargo, dada la práctica, la experiencia y la literatura al respecto de esta situación, se ha hecho evidente la necesidad de protección de las mujeres en refugios en los que se desarrolle alguna intervención terapéutica, lo cual propiciaría una

intervención multidisciplinaria más efectiva, dado que la coordinación de los recursos y especialistas es más sencilla y rápida (Arinero, 2006).

Otro aspecto relevante y a tener en cuenta es la modalidad de una terapia individual o grupal. Si bien, ambas modalidades tienen ventajas, Echeburúa (2004) señala que la terapia grupal presenta beneficios tales como el desahogo con personas que han pasado por la misma situación y la comprensión de que no son las únicas personas con esos sentimientos y reacciones. Este proceso se da a través de las experiencias compartidas por otras mujeres, la visualización de su recuperación, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y el aumento de la confianza en los recursos propios y la posibilidad de crear una red de apoyo social.

En cuanto al tratamiento individual, González (2015b) refiere que una de las principales ventajas es que permite ajustar el tratamiento a las necesidades específicas que demanda cada mujer. Además, es sabido que existen determinadas técnicas que son más adecuadas para implementar de manera individual, como por ejemplo, la exposición a un recuerdo traumático.

A pesar de ello, es importante aclarar que ambos tipos de terapia no son excluyentes, sino que, por el contrario, la posibilidad de alternar ambas formas de intervención resulta provechoso para las mujeres al contar con las ventajas de cada modalidad (Arinero, 2006).

3.1 Modelos explicativos de intervención

Las vastas investigaciones publicadas referentes al tratamiento de las conductas violentas y delictivas están desarrolladas en diversidad de enfoques y estrategias, basadas en diferentes marcos teóricos y aplicados, que se centran, en mayor o menor medida en las variables que han resultado relevantes desde los hallazgos empíricos (Carrasco y González, 2006).

En este apartado se describirán algunos modelos teóricos en los que se sustentan la mayoría de los programas de intervención psicológica en atención a mujeres violentadas; esto con la finalidad de conocer sus técnicas y las bases que los fundamentan. Cabe señalar, que, dado el interés de este estudio, se hará hincapié en la Terapia Cognitivo Conductual.

Los modelos teóricos a describir son los siguientes: 1) Psicología positiva, 2) Psicología psicoanalítica focal y breve, 3) Terapia constructivista-sistémica, 4) Terapia integradora humanista y 5) Terapia Cognitivo Conductual.

1) Psicología positiva

En primera instancia, resulta relevante comprender que si bien el término *Psicología Positiva* es usado por primera vez por Abraham Maslow, en el año 1968, no es sino hasta el año 2000 con la publicación de un artículo de Martin Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi que se da el inicio formal a la psicología positiva como una nueva rama de la psicología (Arias, 2013). Dichos datos denotan lo reciente que es esta rama.

Este enfoque comprende diversas áreas y campos de aplicación de la psicología (la salud, el trabajo, las organizaciones, etc.), destacando trabajos en el área de la salud. Prueba de ello es que la mayoría de las propuestas han incorporado técnicas para manejar y regular los estados emocionales negativos como el estrés, la ansiedad y la hostilidad, por mencionar algunos. No obstante, dichas técnicas no se han desarrollado con la misma intensidad que los programas destinados a potenciar los estados emocionales positivos.

De acuerdo con Salanova y Llorens (2016), la Psicología Positiva se focaliza más en las experiencias positivas, las fortalezas psicológicas y las colectividades positivas en diversos contextos y aplicaciones y no en las patologías, los traumas y los problemas.

Las investigaciones basadas en los principios de la psicología positiva, han demostrado que tomando en cuenta elementos tal como las personalidades saludables y los modelos de salud positiva, las diversas intervenciones clínicas diseñadas tienen notables beneficios en comparación con los clásicos modelos centrados en las emociones negativas (Arias, 2013).

Es a partir de este punto de vista que Seligman (2003, citado en González, 2015b) afirmaba que el objetivo de este tipo de terapia es el de ofrecer al paciente información sobre sus rasgos y explicar las consecuencias o beneficios que tienen cada uno de ellos; por ejemplo, el optimismo, el ser amable, el estar de buen humor, para que con ello cada individuo tome la decisión de qué hacer con esa información. En otras palabras, se busca

generar en el usuario el descubrimiento de sus propios recursos psicológicos para superar sus problemas y conflictos por medio de técnicas positivas (Arias, 2013).

En este sentido, se rescata la terapia de bienestar, la cual tiene como finalidad fomentar el control ambiental, el crecimiento personal, el establecimiento de un propósito de vida, la autonomía, la autoaceptación y fortalecer relaciones positivas con los demás. Esto ha sido utilizado en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, la depresión, el estrés postraumático y otros desórdenes psicológicos (Berrocal, Ruini y Fava, 2008, citado en Arias, 2013).

De esta forma, González (2015b) refiere que la principal área de aplicación de la Psicología Positiva es la clínica, en la que tiene como objetivo favorecer la experiencia emocional, orientando el proceso hacia el tratamiento de depresiones, agresiones, estrés o ansiedad. Asimismo, en el área de la salud, se centra en los efectos que tienen ciertas emociones negativas sobre ésta y trata de enfatizar las experiencias positivas sobre el desarrollo de habilidades.

Respecto a la parte práctica, la intervención positiva emplea estrategias para mejorar el desarrollo y la satisfacción de las personas con la finalidad de promover la calidad de vida (Snyder, Feldman, Taylor, Schoroeder y Adams, 2000, citado en Salanova y Llorens, 2016). Por ello, retoma el crecimiento como proceso transversal y se orienta hacia el optimismo, el uso del humor, la autodeterminación, la creatividad, la esperanza, la autoeficacia y la percepción de control. Entre las principales estrategias utilizadas por este enfoque se destacan aquellas que implican los valores, los intereses y las preferencias de las personas. Esto permite a los individuos conocerse a sí mismos implicando con ello, cambios en las conductas, en las creencias o en los motivos y objetivos de las personas (Salanova y Llorens, 2016). Algunas de las técnicas utilizadas con este fin pueden ser, la reconstrucción situacional, la focalización y las autorecompensas. En algunos otros casos también se habla del empleo de técnicas narrativas que se concentran en las experiencias positivas pasadas (Arias, 2013).

Se puede notar entonces, que las intervenciones clínicas desde esta perspectiva rompen con el esquema clásico de tratamiento que comúnmente se centra más en el

problema que las soluciones, en las emociones negativas que en las positivas, en la anormalidad, más que en la salud (Arias, 2013).

Por otra parte, uno de los principales aportes de este enfoque en lo que a la temática de violencia se refiere, es el término de Desesperanza o indefensión aprendida propuesto por Seligman en 1976. Dicha expresión procede de la palabra inglesa *helplessness*, cuyo significado sería: “carecer de ayuda o recursos, no tener asistencia de los demás o no ser capaz de ayudarse a sí mismo” (Zamora, 2017, p. 7). Entonces, se entiende que las víctimas de acontecimientos estresantes se encuentran expuestas a situaciones aversivas que perciben como incontrolables y su conducta no tiene consecuencias exitosas (Carvajal, 2015). En el caso específico de las mujeres víctimas de violencia, se ha observado que generalmente son incapaces de ayudarse a sí mismas, debido al desgaste psicológico que provoca la continua exposición a la violencia.

Esto se puede traducir como un deterioro en la capacidad de estas mujeres para resolver problemas, así como en su motivación para afrontarlos como consecuencia de esa falta de resultados favorables e influyendo en la permanencia de la relación violenta (Sánchez, 2016). De acuerdo con Carvajal (2015), la intensidad de esta indefensión se encuentra regulada por las atribuciones que las mujeres realizan. Es decir, cuanto más internas, estables y globales sean sus intentos, hay más probabilidad de experimentar un agravamiento de la desesperanza a causa de la falta de resultados positivos.

2) Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB).

Es importante comprender que la psicoterapia es entendida como un tratamiento de naturaleza psicológica llevada a cabo de acuerdo a una metodología sistematizada basada en determinados fundamentos teóricos con el fin de erradicar o disminuir el malestar y los trastornos del comportamiento derivados de dichas alteraciones (Davins, Pérez, Salamero y Aramburu, 2010). Con base en ello, al hablar de psicoterapia psicoanalítica, se entiende que se trata de la aplicación práctica de los principios teóricos psicoanalíticos (concepción de la vida mental, la salud y la patología) y su objetivo estriba en hacer consciente lo inconsciente. Asimismo, este tipo de terapia se caracteriza por la adopción de objetivos que se encuentran limitados o focalizados en el problema concreto.

Se trata de una intervención con una duración determinada, que suele concretarse al inicio del tratamiento (Pérez-Sánchez, 1996, citado en Davins et al., 2010). En relación a la focalización de este tipo de intervención, ésta se determina en un punto crucial de la problemática de la persona y se plantea de acuerdo a las áreas relacionales más conflictivas, así como las que son más accesibles para el tratamiento. Davins et al. (2010) refieren que el objetivo de esta focalización es el de concentrar la tarea terapéutica en la comprensión de los malestares a partir de los cuales el paciente se ha visto motivado a buscar un tratamiento.

Desde esta teoría, se conceptualiza la agresión como un impulso que está en conflicto con la realidad externa, y por lo tanto, se hace necesario realizar continuos ajustes basados en la sublimación, un proceso por el cual se aprende a suprimir y redirigir las tendencias agresivas, en conductas más apropiadas socialmente (Carrasco y González, 2006).

Si bien, la PPFB es uno de los métodos de psicoterapia que se aplica con mayor frecuencia en la práctica clínica, los estudios realizados a lo largo de los años revelan que los resultados de las intervenciones bajo este enfoque mantienen un nivel estable después del tratamiento. Cabe mencionar que no se han encontrado diferencias significativas entre la PPFB y otras formas de psicoterapia. Aunque sí se ha establecido una efectividad igualitaria a otro tipo de tratamientos establecidos tal como la Terapia Cognitivo Conductual (Leichsenring y Leinbing, 2007).

El Instituto Poblano de la Mujer (2006), en su manual titulado *Modelo de atención psicológica en casos de violencia* menciona que para explicar la violencia, el enfoque psicoanalítico hace referencia a situaciones de abandono o abuso grave durante la infancia, privaciones vividas con gran dolor, dificultades en la constitución de la subjetividad y en la constitución del yo.

Ahora bien, en el caso específico de la intervención de este tipo de terapia en víctimas de violencia, la meta principal supone ayudar a la mujer a comprender y reconocer sus propios sentimientos. Así mismo, se procura que la persona analice la situación que vive y sea capaz de tomar sus propias decisiones. Se entiende que, no se trata de producir un cambio en la estructura de la personalidad, sino más bien, en áreas específicas de ésta. Lo anterior quiere decir que, se busca que la usuaria descubra el desajuste en su

funcionamiento mental y comportamental a raíz de la situación vivida, y así logre recuperarse y volver a ser la que era (González, 2015b).

Un estudio revisado que utiliza esta técnica, en el tratamiento de las víctimas de violencia es el realizado por Davins et al. en el año 2010. Como se puede ver, se trata de un estudio relativamente reciente, que tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la PPFB en un grupo de mujeres maltratadas, esto a través de comprobar los cambios producidos entre el inicio y el final del tratamiento en los estilos de personalidad. Los resultados revelaron un cambio en las medidas tomadas al inicio y al final del tratamiento. Sin embargo, una de las principales limitaciones del estudio, fue que debido al tipo de abordaje (PPFB) los cambios producidos no representan modificaciones profundas en la personalidad de la mujer. Otras limitantes que destacan los autores respecto al estudio hacen referencia a: 1) la falta de un grupo control y 2) las numerosas interrupciones del tratamiento por un gran número de participantes. Cuestiones que afectan de manera importante la veracidad de los resultados obtenidos.

3) Terapia constructivista- sistémica

Para iniciar resulta conveniente comprender que la psicoterapia sistémica se trata de un tipo de terapia que ha alcanzado una gran difusión en la mayoría de los países del mundo (Ceberio, 2016). Este enfoque, en términos generales busca la solución o disolución de las dificultades o el problema por el que se consulta (Barbosa, 2014).

El Instituto Poblano de la Mujer (2006) describe que el objetivo de este enfoque está dirigido a la interacción interpersonal y está íntimamente ligado a la evolución de la terapia familiar. Por esta razón, desde este modelo, la disfunción que presenta el miembro de la familia, es una expresión de las características de organización del sistema familiar y del ambiente psicosocial.

Sin embargo, a diferencia de otros enfoques, este entiende la patología como una patología de la relación y no como un conflicto del individuo. Dicha patología es estudiada como una conducta comunicativa que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente, cumpliendo la función de mantener un equilibrio en el sistema. Es por ello que la psicoterapia sistémica parte de la idea de que el individuo forma parte de un sistema, y

que todos los individuos que forman parte de ese sistema son dependientes de forma recíproca entre sí. Es decir, si existe un cambio en uno de los miembros, este provoca cambios en el resto de los individuos. Por lo tanto, la intervención desde esta orientación va dirigida a trabajar en el sistema, para modificar las secuencias comunicativas defectuosas (Cibanal, 2006).

En el caso de la violencia, este modelo explica que en los sistemas familiares se estructuran comportamientos patológicos y los miembros tienden a repetir ciertos patrones dirigidos a mantener reglas. El Instituto Poblano de la Mujer (2006) menciona que el sistema familiar desempeña y diferencia sus funciones a través de subsistemas (generación, sexo, interés); de esta manera el modelo de familia patriarcal, está sustentado en una jerarquía de poder en la cual el padre es el jefe y posee autoridad vertical sobre la mujer y los hijos. El maltrato emocional, produce descalificación y uno de los interlocutores desestima el mensaje del otro mediante gestos o actitudes. En resumen, desde este enfoque, en la violencia hay actitudes que encuentran enraizadas en la socialización del género, sustentando valores sexistas.

De acuerdo con Ceberio (2016), la perspectiva sistémica no debería reducirse a la atención clínica sino también a ser parte de los planes de salud en general, la educación y las organizaciones laborales. Asimismo, puede insertarse al trabajo con profesionales de diferentes disciplinas, a estructurar planes sociales, a la economía, y otras áreas, esto, dada la capacidad sistémica de construir procesos articulados y anticipar reacciones en cadena, es decir, debido a la perspectiva de sistemas y no de individuos.

Por otra parte, en lo referente a la perspectiva constructivista, ésta afirma que el ser humano no es un receptor pasivo del conocimiento, por el contrario, se trata de un actor activo, que procesa y construye nuevos conocimientos (Arango, 2017). Dicha construcción o creación de conocimientos y significados, se da a partir de la percepción, la experiencia y las emociones. Esto permite que las personas organicen su mundo a partir de esas experiencias vividas y los significados que se le atribuyen (Mahoney, 2005, citado en González, 2015b).

Tomando en cuenta estas afirmaciones, se comprende que el enfoque constructivista define los aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento como un producto

de los llamados constructos personales. Es decir, se trata de un marco de referencia, en función del cual las personas procesan la realidad permitiendo, además, interpretar, predecir y responder “adecuadamente” a las situaciones (Arango, 2017).

Ahora bien, Arango (2017) menciona que el constructivismo es un enfoque sistémico. Puesto que, a diferencia de estas perspectivas (constructivismo- sistémico), el tema de la violencia ha sido analizado únicamente desde la posición de la víctima. Se destaca que, otros enfoques dejan de lado el abordaje del papel tanto de los violentadores como del contexto social. Es por ello que para Guerrero y García (2008), ambos enfoques son combinables entre sí, dado que comparten principios epistémicos y técnicos. Para estos autores la pertinencia de la terapia constructivista sistémica se debe a que la integración de ambas teorías ayuda a vislumbrar que la intervención en una situación de violencia se orienta en tres motivos.

El primero es que permite tratar la relación entre violencia y su funcionamiento dentro del ámbito familiar, teniendo en cuenta que la violencia se construye como una estrategia relacional. El segundo motivo hace referencia a la reconstrucción de la mujer, de su identidad y del sentido que le da al mundo que la rodea. Finalmente, el último motivo tiene que ver con el hecho de que estas perspectivas permiten reconstruir el sentido del abuso en los propios términos de la mujer maltratada y buscan activamente elementos y episodios resolutivos y de autocrecimiento en su propia experiencia vital.

Uno de los estudios que utiliza un programa constructivista-sistémico tiene por título “Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres” de Guerrero y García, realizado en 2008. Cuyo objetivo fue el de comprobar la eficacia de esta perspectiva en la intervención de este tipo de casos. Por ende, la meta fue averiguar si se lograba disminuir los principales síntomas, así como observar si existían cambios en la construcción de la identidad. De acuerdo con los resultados obtenidos, la intervención produjo cambios positivos y relevantes en la definición de la identidad de las mujeres en 71.42% de los casos. Con relación a los síntomas de depresión y ansiedad, también se observaron diferencias estadísticamente significativas, al verse reducidos ambos síntomas. Sin embargo, como en otras investigaciones las limitaciones han sido varias. Entre la más destacables se presenta la

muestra reducida, al sólo contar con siete participantes. Así como la falta de un grupo control y que la población con la que se trabajó contaba con características específicas que podrían significar diferencias en otras poblaciones. Finalmente, se contempla la falta de un seguimiento para comprobar la estabilidad de los efectos a largo tiempo.

4) Terapia integradora humanista

En primera instancia, Caicedo (2014) explica que la visión humanista se basa en identificar y comprender los comportamientos, emociones y procesos vitales del individuo a partir del aquí y el ahora. Desde este enfoque no se etiqueta al ser humano como alguien que ha desarrollado un trastorno y que, por lo tanto, debe seguir un tratamiento. Uno de los supuestos de esta perspectiva es que el ser humano ha reprimido o bloqueado sus deseos o sentimientos reales. Esto puede deberse o bien a la influencia de las situaciones externas o a las propias decisiones del individuo. Por lo tanto, el trabajo de la terapia es el de ayudar al usuario a identificar sus emociones reales para que el desarrollo sea saludable (Rosenberg y Rogers, 1981, citado en Caicedo, 2014).

También es importante señalar, que Rosenberg y Roger (1981, citado en Caicedo, 2014) afirman que, para que el individuo se desarrolle saludablemente, es importante la experiencia que tiene de sí mismo y con los demás, puesto que ello juega un papel muy importante dentro de la percepción. De este modo, el individuo puede realizar un proceso de reintegración, en otras palabras, se vuelve necesario que la experiencia que ha sido bloqueada por ser concebida como amenazante, se haga consciente. La finalidad es que la persona asimile la situación mediante la aceptación y validación de sus experiencias.

Es por estos motivos, que Gimeno-Bayón (2017) asegura que la principal ventaja de esta perspectiva radica en la eficacia que se tiene debido al énfasis que se plantea en el vínculo terapéutico, siendo uno de los factores más importantes de éxito, por encima de modelos y técnicas.

Otra ventaja que contribuye en la eficacia de esta perspectiva, es la relevancia que se atribuye a las emociones, como parte de la experiencia global. Es decir, el papel principal que se le otorga al trabajo con la dimensión emocional como un motor de cambio

terapéutico. Una ventaja más, recae en la actitud activa del terapeuta. Se ha observado que dicha actitud facilita nuevas exploraciones y experiencias en el usuario.

Finalmente, se habla de una moderación técnica, que permite que desde esta perspectiva se trabaje tanto desde el nivel verbal, corporal, emocional o cognitivo. González (2015b) suma a lista de ventajas, la posibilidad de una integración de diferentes teorías compatibles entre sí de manera integrada y ordenada, pero sin renunciar a aquello que pueda ser útil y coherente por el hecho de proceder de otros modelos o metodologías. Según algunos autores, esto permite la flexibilidad en las intervenciones puesto que, se pueden adaptar a la sensibilidad y las habilidades del sujeto (Gimeno-Bayón, 2017). Lo anterior origina que las intervenciones no pretendan cambiar algo en la persona, sino que tienen la intención de que se deshagan de los elementos que lo frenan y le impiden avanzar, es decir, se trata de una forma de liberarse (González, 2015b).

Entre algunos de los estudios que respaldan los resultados de la eficacia de los programas que se implementan bajo esta perspectiva se encuentra uno efectuado por Pérez (2009). Dicha investigación realizó una comparación entre el tratamiento grupal de los trastornos de ansiedad de una intervención cognitivo conductual y el modelo de la psicoterapia integradora humanista. De acuerdo con los resultados reportados, la eficacia del tratamiento fue significativamente mayor en los grupos tratados desde el modelo humanista.

Torróntegui, Flores, Peraza y Borrego (2010) efectuaron otra investigación basada en un programa de intervención de psicoterapia integradora humanista. Su trabajo tuvo como objetivos, por una parte, evaluar la eficacia de la intervención con dicho enfoque terapéutico en la población de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en relación a sintomatología depresiva y de ansiedad. Y, por otra parte, conocer los niveles de las variables de la inteligencia emocional (percepción, comprensión y regulación) para realizar un tratamiento de mejora de las habilidades emocionales, desde un punto de vista humanístico.

Los resultados reportados no mostraron cambios significativos en cuanto a las variables de percepción y comprensión. Hubo un cambio perceptivo en la variable de regulación, al encontrarse un aumento en el número de mujeres con niveles adecuados de

dicha variable después del tratamiento. En lo referente a los niveles de depresión, se obtuvieron diferencias significativas. En un inicio se tuvo un 32.4% de niveles normales de depresión, un 40.5% en nivel leve, 24.3% en moderado y 2.7% en severo. Tras el tratamiento, se observó que un 86.5% de las participantes presentaban depresión normal, 10.8% leve, 2.7% moderada y 0% depresión severa. De manera similar, se observó una disminución en los porcentajes de los niveles de ansiedad. Al inicio del tratamiento el 37.8% de mujeres indicó sintomatología de ansiedad, para el final de la intervención disminuyó al 5.4%.

Finalmente, entre las limitaciones de este trabajo se encontró principalmente con la falta de un grupo control y un seguimiento. También se habla de un desconocimiento del número definitivo necesario de sesiones para realizar la intervención de manera adecuada.

5) Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Para comenzar, es importante tener presente que la Terapia Cognitivo Conductual o TCC, es un tipo de intervención psicológica que trabaja con respuestas emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, que han sido adquiridas a través de la experiencia (Roselló y Bernal, 2007). Es decir, la TCC trabaja con la relación existente entre los pensamientos, las acciones y las emociones con las que los individuos responden a las circunstancias del día a día. En este sentido, Beck (1983, citado en González, 2015b) afirma que la manera en que una persona estructura su mundo se verá reflejada en su forma de actuar. En otras palabras, Beck (1967, citado en Garay y Keegan, 2016) afirma que la TCC sostiene que las personas experimentan malestar por el modo en que perciben la realidad y no por la realidad en sí misma. Es así como se entiende que el que una persona elabore pensamientos distorsionados, provocará emociones y comportamientos que lo desequilibrarán, obteniendo como resultado diferentes tipos de trastornos.

Es por ello que resulta importante recalcar que el objetivo principal de este tipo de terapia es el de la resolución de los problemas actuales. Desde esta perspectiva se afirma que existe una psicopatología de orientación cognitiva. El fundamento central es que los procesos cognitivos tienen un rol relevante en el inicio y el mantenimiento de los trastornos, así como en la vulnerabilidad de los individuos (Garay y Keegan, 2016). A

partir de estos supuestos, el enfoque trabaja atenuando los síntomas mediante la intervención de cogniciones, para así poder modificar el comportamiento implicado en los diferentes trastornos (González, 2015b).

No sólo se trata de una intervención enfocada al tratamiento, Garay y Keegan (2016) afirman que gracias a las hipótesis sobre la vulnerabilidad cognitiva se puede dar lugar a intervenciones de carácter preventivo, tanto para personas en riesgo, como para la prevención de recaídas en usuarios que ya han alcanzado una recuperación mediante intervenciones terapéuticas determinadas.

Para lograr dicho objetivo, este enfoque cuenta con un amplio repertorio de técnicas y procedimientos, que permiten tratar diversos tipos de problemáticas y trastornos psicológicos.

Cabe resaltar que no se trata de un conjunto de técnicas para resolver síntomas aislados; dichas técnicas son definidas como un sistema de psicoterapia basado en una concepción determinada de los trastornos psicológicos.

Por justa razón, este enfoque cuenta con una vasta cantidad de evidencia, tanto empírica como experimental, de su eficacia y efectividad. Garay y Keegan (2016) aseguran que la TCC se ha convertido en la forma de psicoterapia más estudiada empíricamente en la actualidad, puesto que dispone de una sorprendente cantidad de investigaciones sobre su eficacia en el tratamiento de una gran diversidad de trastornos mentales y problemas de atención clínica. De acuerdo con estos autores, las investigaciones además han sido orientadas a estudiar los procesos con el fin de conocer los factores responsables del logro de resultados. Dicho respaldo práctico, también ha permitido la ampliación de sus ámbitos de aplicación, ya que muestra beneficios por su rentabilidad al ser limitada en el tiempo, con posibilidad de presentarse de manera grupal o individualmente y con la facilidad de integrarse en distintos ámbitos de tratamiento interdisciplinar (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Ahora bien, independientemente de la modalidad (ya sea grupal o individual), la estructura que emplea este tipo de intervención cuenta con tres etapas (González, 2015b):

1. Evaluación: consiste en recabar y abordar todo lo que concierne al usuario, con la finalidad de llegar al problema que debe tratarse y por lo tanto configurar un diagnóstico adecuado.
2. El tratamiento: se trata de la parte de la intervención más activa, es decir, la puesta en práctica de las técnicas y procedimientos pertinentes para cada caso.
3. Seguimiento: tiene el objetivo de recoger y comprobar datos sobre el mantenimiento de los resultados del tratamiento. Es común que para realizar esta tarea se lleven a cabo algunas tareas tales como retomar contacto con el usuario, una evaluación de las conductas objetivo y verificación de la estabilidad y mantenimiento de los resultados.

A este respecto, Ibáñez y Echeburúa (2015) afirman que, en la práctica clínica, los objetivos en las fases del proceso terapéutico son de tipo descriptivo y clasificatorio (diagnóstico), de control o cambio (tratamiento) y predictivo (pronóstico).

Estos mismos autores explican que la evaluación o diagnóstico permite relacionar las observaciones clínicas con lo que se sabe científicamente. La evaluación clínica conecta el análisis del problema, del individuo y del contexto, con las técnicas de tratamiento más apropiadas a cada caso. Asimismo, el diagnóstico aumenta la probabilidad de conocer la posible evolución de la situación, de hechos que puedan afectar la efectividad el tratamiento o calidad de vida del individuo (Ibáñez y Echeburúa, 2015). Se considera que en la práctica se debe emplear un método mixto en la evaluación, es decir, la combinación de la evaluación psicométrica y del clínico. Esta última incluye los juicios que adopta el profesional.

Si el problema se detecta y se diagnostica de forma temprana y el tratamiento se aplica rápidamente, el pronóstico suele ser mejor (Ibáñez y Echeburúa, 2015). ¿Pero qué hay del pronóstico?, estos mismos autores aseveran que no se le presta la atención requerida por los clínicos, pero su importancia es trascendental. La función del pronóstico es complementar el diagnóstico y orientar la planificación del tratamiento. Además, se ha observado que el pronóstico de la posible recuperación (duración del tratamiento, nivel de mejoría esperable, riesgo de recaídas) permite al usuario generarse expectativas razonables y colaborar mejor con el terapeuta mejorando así, la respuesta inicial del individuo al

tratamiento (Ibáñez y Echeburúa, 2015). Dada esta influencia, se hace hincapié en la elaboración de instrumentos con los que se pueda comparar lo pronosticado con los resultados finales.

Ahora bien, el tratamiento es la parte más dinámica de la intervención y existen una diversidad extensa de técnicas a utilizar dependiendo de la situación problema a tratar. Ibáñez y Echeburúa (2015) enfatizan que los tratamientos deben estar basados en la evidencia para asegurar los datos objetivos, así como responder a las características concretas de la situación y del usuario sin dejar fuera la experiencia del clínico.

Las estrategias cognitivo-conductuales, como bien lo menciona su nombre, incluyen técnicas de modificación de conducta y técnicas de orientación cognitiva. De esta manera, las situaciones de violencia y en específico la ira, son modificadas mediante contingencias de reforzamiento y se trabaja con la modificación de los pensamientos acerca de las situaciones que provocan las conductas exteriorizadas. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizan una gran amplitud de estrategias de intervención, que incluye el entrenamiento en habilidades sociales, educación afectiva, resolución de problemas, auto-instrucciones, habilidades de afrontamiento, autocontrol y control emocional, aumento de autoeficacia, inoculación de estrés y relajación (Fariz, Mías y Moura, 2002; Sukhodolsky, Kassinove y Gorman, 2004, citado en Carrasco y González, 2006).

Continuando este hilo explicativo, en el caso específico de la intervención con mujeres víctimas de violencia, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) expresan que debido a los objetivos y al tipo de problemas y trastornos que se plantean, la TCC refiere y recomienda la utilización de la reestructuración cognitiva, para trabajar la autoestima, culpabilidad, indefensión, etc. Igualmente, se hace uso de técnicas de relajación, debido a que múltiples trastornos o problemas pueden beneficiarse de ella. Las técnicas de exposición, son consideradas como esenciales, principalmente en tratamientos de la ansiedad debido a su gran eficacia, con el objetivo de extinguir emociones como el miedo, que surgen de los momentos violentos vividos (Alonso, 2007, citado en González, 2015b).

También, de manera recurrente, la TCC utiliza técnicas operantes, que representan el procedimiento más usado para incrementar y mantener conductas. E igualmente se hace uso de técnicas como la desensibilización sistemática, la terapia Racional Emotiva

Conductual, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

Ahora bien, Nájera (2016) menciona que hasta la actualidad existen numerosos tratamientos cognitivo conductuales satisfactorios cuyo principal objetivo es la recuperación de las mujeres que han sido víctimas de violencia. Entre algunos de estos tratamientos se hace referencia al trabajo realizado por Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta en 1996, titulado “Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto”; uno de los primeros en abordar el tratamiento de este trastorno con este tipo de víctimas. El objetivo principal de esta investigación fue el de colaborar en la búsqueda de una terapia adecuada para este tipo de trastorno en estas determinadas circunstancias. En cuanto a los resultados obtenidos, de manera concreta se hace referencia a que el TEPT dejó de presentarse en el 95% de las mujeres en el postratamiento. Para el seguimiento, un 98% no presentaba el trastorno al mes, y a los 3 meses ninguna lo presentó. Sin embargo, a los 6 meses, hubo una recaída donde el 8% sí obtenía criterios diagnósticos.

Nájera (2016) menciona que estos mismos autores en el año 2013, propusieron un tratamiento con el que obtuvieron resultados en los que consiguieron reducir el TEPT al 100% en las mujeres que realizaron la totalidad del programa. No obstante, el objetivo de este último estudio era el de disminuir el malestar emocional y la evitación sexual. Los resultados obtenidos a este respecto refieren una disminución en un 65.6% y 63% respectivamente.

Entre otros trabajos relacionados al tratamiento del TEPT, se encuentra el estudio realizado por Labrador y Rincón en el año 2002, que buscaba comprobar la eficacia de un programa grupal para el tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica. Dicho estudio permitió que posteriormente se realizaran más investigaciones en esta línea de trabajo, con modificaciones en las variables, teniendo como fin el verificar su eficacia en función de nuevos parámetros. Entre estos estudios, se encuentra la investigación del 2009, en el que Labrador, Fernández y Rincón, reportaron un tratamiento con resultados de una reducción del TEPT y trastornos asociados de más del 80%.

Otra de las investigaciones que utiliza este mismo tipo de terapia es la realizada por Labrador y Alonso en año 2007, titulada “Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica”. Dicho estudio se encuentra basado en el estudio de Labrador y Rincón del 2002, y tuvo por objetivo comprobar si es igualmente eficaz en una población de mujeres mexicanas. En él se utilizaron técnicas como la psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, detención de pensamientos, reestructuración cognitiva, solución de problemas y terapia de exposición, en formato grupal. Con un desarrollo de ocho sesiones semanales de 100 minutos. De los resultados se destaca que en la evaluación clínica del TEPT, un 85.3% dejó de cumplir los criterios de diagnóstico al terminar la intervención. Un 82.4% en el seguimiento del mes, y únicamente 4 mujeres para el seguimiento de los tres meses. En relación a problemas depresivos, el 100% de las participantes presentó esta sintomatología, pero sólo un 55% en el postratamiento. En cuanto al nivel grave de ansiedad, en un inicio se reportó un porcentaje del 76.5% que descendió a un 11.8% en el postratamiento, y un 5.9% al mes. Finalmente, a los tres meses de seguimiento, ninguna de las participantes presentó estos niveles de ansiedad. Cabe aclarar que las limitaciones de este estudio, como ya se ha mencionado anteriormente, es la muestra poco representativa de la población. Además, de la ausencia de un grupo control con el cual comparar resultados.

Estos estudios aquí expuestos son parte del gran volumen de investigaciones que avalan los resultados de efectividad en el tratamiento de situaciones de violencia. Las intervenciones cognitivo-conductuales muestran una mayor eficacia frente a las intervenciones provenientes de otros modelos (Sukhodolsky, 2004, citado en Carrasco y González, 2006).

3.2 Prevención

Hasta ahora ha quedado claro que existen un sin fin de programas de intervención con un nivel elevado de eficacia. No obstante, ONU Mujeres (2016a) refiere que aún en la actualidad, a pesar de lograr muchos avances en cuanto a la mejora de las leyes y programas, los actos de violencia están presentes de manera constante, lo que constituye

uno de los indicadores más claros de que todavía hay mucho por hacer. Diversas organizaciones apuestan al ámbito de prevención en cuanto la eliminación de la violencia se refiere.

En este sentido, la OPS (2011), también hace referencia al vasto reconocimiento de la extensa cantidad de consecuencias de la violencia y su amplia escala en muchos países. No obstante, también es cierto que existe escasez de esfuerzos encaminados a impedir que ocurran las formas de la violencia.

La Organización Panamericana de la Salud (2003) reconoce que la existencia de servicios bien estructurados y ejecutados en forma adecuada que apoyen a las víctimas de violencia es de vital importancia. La magnitud de esta problemática, como ya se ha esbozado a lo largo de los diferentes capítulos, implica la carga de sufrimiento, de costos humanos, económicos y de salud pública a largo plazo.

Ahora bien, es importante tener en claro que la prevención, de acuerdo con ONU Mujeres (2016a), se trata de un proceso continuo que se presenta en tres niveles:

- I. Prevenir la violencia antes de que ocurra, es decir, prevenir nuevos casos de violencia.
- II. Prevenir la reaparición de la violencia, esto es, prevenir que las mujeres vuelvan a ser víctimas y que los hombres no ejerzan más violencia.
- III. Prevenir o limitar el impacto de la violencia contra la mujer, a través de asistencia y ayuda a corto y largo plazo.

Cada uno de estos niveles es importante para prevenir de manera global la violencia y sus consecuencias. En esta línea, la OMS (2013d) asegura que la violencia contra las mujeres es un problema prevenible y los programas orientados a reducirla, deben combatir los factores de riesgo en varios niveles. A continuación, en la Tabla 4 se concentra la información pertinente de los niveles propuestos por la OMS, así como los factores que se previenen y el tipo de intervención sugerida para su prevención.

Tabla 4

Programas de intervención de los diferentes niveles de los factores de riesgo propuestos por la OMS (2013d)

Nivel	Factor de Riesgo	Intervención
Individual	Antecedentes de violencia en la infancia.	Programas sobre la crianza de los hijos para prevenir el maltrato infantil.
Relación	Control del hombre sobre la mujer.	Programas orientados a hombres jóvenes y niños para promover actitudes y comportamientos equitativos en materia de género.
Comunidad	Normas que propician la desigualdad de género y que toleren la violencia contra la mujer.	Programas de promoción de normas equitativas en materia de género a través de los medios, la movilización de la comunidad, las escuelas y las instituciones religiosas
	Uso nocivo del alcohol por la pareja masculina.	Reducción de la disponibilidad de acceso al alcohol.
Social	Falta de acceso de la mujer a educación y empleo.	Leyes, políticas y programas que promuevan el acceso de la mujer al empleo y a microcréditos, así como el acceso de las jóvenes a la educación, y que prohíban la violencia contra la mujer.

Nota: Adaptado de “Violencia contra la mujer. Respuesta del sector de la salud” de OMS (2013), p. 6.

Como queda ejemplificado, el enfrentarse a la violencia contra la mujer requiere de continuas intervenciones interdependientes y que se refuercen mutuamente (ONU Mujeres, 2016a). Es por ello que ONU Mujeres (2016b) plantea algunos elementos básicos para la prevención de la violencia contra las mujeres. En primera instancia, esta organización refiere que el contenido debe generar conciencia sobre el panorama de la violencia contra las mujeres. Es decir, se debe divulgar información acerca de la violencia como una manifestación de discriminación, su magnitud, las consecuencias tanto para las víctimas como para las sociedades y el hecho de que se puede prevenir.

No obstante, esto no es suficiente, de acuerdo con ONU Mujeres (2016b), además de la toma de conciencia se debe complementar con acciones tales como: a) abordar las causas fundamentales del problema y, b) empoderar a las mujeres y niñas, con el fin de potenciar sus aptitudes y recursos personales. Este trabajo se debe realizar a nivel

comunidad, escolar, interpersonal e individualmente a través de diferentes estrategias. En este rubro ONU Mujeres (2016b) hace algunas recomendaciones que se encuentran explicadas en la Tabla 5.

Tabla 5

Estrategias de prevención en diferentes niveles propuestos por ONU Mujeres (2016b)

Nivel	Intervención
Comunidades	<p>Trabajar con líderes religiosos, comunitarios y otros actores para propiciar debates comunitarios sobre la cuestión y apoyar campañas de sensibilización a nivel local.</p> <p>Trabajar con los medios de comunicación para llegar a grandes partes de la población, para promover la presentación de información sobre la violencia.</p> <p>Involucrar a organizaciones deportivas a través de programas que promuevan la participación y el liderazgo de las mujeres.</p> <p>Establecer alianzas con organizaciones empleadoras y trabajadoras para abordar la igualdad de género en el lugar de trabajo.</p> <p>Promover la seguridad de las mujeres y niñas en los espacios públicos, inclusive mediante infraestructuras urbanas (alumbrado, transporte seguro, etc.), así como la identificación de zonas no seguras.</p>
Escuelas	<p>Involucrar al profesorado, alumnado, padres y madres y personas de la comunidad local, para fomentar relaciones respetuosas y escuelas seguras libres de violencia y discriminación.</p> <p>Elaborar planes de estudio que fomenten las aptitudes para la vida y promuevan los derechos de las mujeres, las relaciones respetuosas y la resolución pacífica de conflictos.</p>
Parejas e individuos	<p>Programas de empoderamiento económico para las mujeres, combinando la participación de los hombres y la comunidad en general.</p> <p>Intervenciones con parejas, a fin de fomentar el pensamiento crítico sobre los roles de género; promover la situación de las mujeres; cuestionar las distribuciones de recursos y responsabilidades entre hombres y mujeres, y abordar las relaciones de poder entre ambos.</p> <p>Programas sobre la crianza de hijos e hijas para promover la no violencia en las prácticas parentales.</p>

Nota: Adaptado de “10 elementos básicos para la prevención de la violencia contra las mujeres.” de ONU Mujeres (2016b), p. 1.

Ahora bien, la OMS (2017) explica que existen datos que indican que las intervenciones de sensibilización y la prestación de orientación psicológica para mejorar el acceso a los servicios dirigidos a las víctimas de violencia son eficaces a la hora de reducir

dicha violencia. Así mismo, los programas de visitas domiciliarias donde participan los servicios periféricos de salud por medio de profesionales de enfermería capacitados, también parecen obtener resultados positivos. No obstante, dichos datos se ven limitados, ya que la mayoría de estos resultados son obtenidos de países con ingresos altos; el éxito no es garantía en entornos con pocos recursos. Sin embargo, dada esta situación, se han desarrollado estrategias y programas de prevención que podrían obtener buenos resultados. La OMS (2017) cita alguna de estas estrategias: a) las que permiten que la mujer se independice económica y socialmente; b) la fomentación de la comunicación y las relaciones interpersonales dentro de la pareja y la comunidad; c) la reducción del acceso al alcohol y su uso nocivo y d) la transformación de normas sociales y de género nocivas.

Es preciso recalcar que el trabajo sobre la problemática de la violencia, ya sea como tratamiento o prevención, debe ser de manera multisectorial. La OMS (2017) expone de manera específica el papel del sector salud en relación a la prevención de la violencia contra la mujer. Por lo que expresa que, con el fin de lograr esta meta, este sector puede:

- Concientizar el hecho de que la violencia contra la mujer es inaceptable y que ese tipo de violencia debe considerarse un problema de salud pública.
- Prestar servicios integrales, y sensibilizar y capacitar a los proveedores de servicios de salud para que respondan a las necesidades de las víctimas de manera integral y empática.
- Prevenir que se repitan los actos de violencia mediante la detección inmediata de las mujeres y los niños que sean víctimas de esta, derivándoles a los servicios pertinentes y prestándoles el apoyo necesario.
- Promover normas de género que establezcan la igualdad entre hombres y mujeres como parte de las competencias psicosociales y los programas de educación sexual integral que se imparten entre los jóvenes.
- Generar datos científicos que permitan determinar las estrategias más eficaces y la magnitud del problema mediante la realización de encuestas poblacionales, o incluyendo la violencia contra la mujer en las encuestas demográficas y de salud de ámbito poblacional, así como en los sistemas de vigilancia e información sanitaria.

De acuerdo con Carrasco y González (2006), los programas de prevención normalmente se centran en el desarrollo de habilidades sociales y el control de impulsos, esto dado que, se ha comprobado que la violencia es un predictor de futuros problemas de conducta y delincuencia (Kupersmidt y Coie, 1990, citado en Carrasco y González, 2006). Estos mismos autores afirman que en la prevención de los trastornos relacionados con la violencia, los programas más eficaces son aquellos más globales, multidisciplinarios, que contemplan la formación del profesorado; los mecanismos de crianza y apoyo a las conductas prosociales y adaptativas.

Para concluir, es importante recordar que, en la actualidad, la mayor parte de los recursos, tanto humanos como económicos, se encuentran limitados. Esto se debe, principalmente a que la mayoría de estos se encuentran derivados al tratamiento y el apoyo de las víctimas. Esto sucede ya que, lamentablemente, a menudo no se buscan los servicios hasta tiempo posterior y no se concentran las acciones en la prevención (OPS, 2011).

PARTE II. INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4: MÉTODO

4.1 Justificación

4.1.1 Teórica

La violencia ha sido reconocida como un atentado a los derechos humanos y un grave problema de salud pública a nivel mundial con constante prevalencia y con cifras alarmantes, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2002) se estima que anualmente 1.6 millones de personas pierden la vida violentamente en todo el mundo, posicionando a la violencia como una de las principales causas de muerte en la población comprendida entre los 15 y 44 años. Esta situación se extiende a grupos más vulnerables, entre ellos, niños, adultos mayores y mujeres. Con respecto a esta última población, es preciso decir que la violencia contra las mujeres es un problema de gran dimensión y una práctica social extendida, y como prueba de ello, basta con mencionar que en México, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2017), 66 de cada 100 mujeres mayores de 15 años han experimentado al menos un acto de violencia de cualquier tipo, por diferentes agresores, esto se traduce a que, de los 46.5 millones de mujeres residentes del país el 66.1% (30.7 millones), ha enfrentado violencia alguna vez en su vida. Por otra parte, otro asunto derivado de la violencia contra la mujer y del que resulta importante visibilizar dados los niveles de severidad, es el acto extremista de ésta: el feminicidio. En México en el año 2016 se registró el asesinato de 2,813 mujeres, lo cual representa un promedio de ocho mujeres asesinadas diariamente (INEGI, 2017). A nivel estatal la situación no cambia, puesto que el Estado de México es uno de las entidades más peligrosas y con mayores tasas de feminicidios.

La otra cara de la violencia contra la mujer que debe ser evidenciada y atendida, son las grandes y vastas consecuencias que trae consigo, entre ellas, daños severos a la salud, destacando el ámbito físico, sexual, mental y conductual. Medina, Sarti y Real en el año 2015, argumentan que la exposición a la violencia o el haber sido testigo de ella aumenta el riesgo de padecer una enfermedad mental entre 1.4 y 2.8 veces y que, diversos estudios realizados tanto en hospitales como en población abierta, han revelado que la violencia

ejercida por la pareja está asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión. En concordancia con lo expuesto por Medina, Sarti y Real, el INEGI (2008) resume que en el aspecto psicológico las consecuencias más generalizadas de la violencia contra las mujeres son: ansiedad, estrés postraumático, depresión y suicidio o intento de este. Aunado a ello, se puede hallar incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño y alimentarios, alcoholismo, abuso de drogas u otras sustancias y baja autoestima (OMS, 2013c).

En nuestro país los trastornos mentales son responsables de 25% de años de vida asociados con discapacidad, sin embargo, el 19% de las personas que están en condición de algún trastorno mental reciben tratamiento y los que llegan tardan en recibir atención con una latencia que oscila entre los 4 y 20 años (Heinze y Camacho, 2010), casos de los cuales la mayor proporción son atendidos en tercer nivel de atención (Wang, 2007, citado en Medina, Sarti y Real, 2015).

Dado todo este contexto general, es como se asegura que un trastorno mental implica menores oportunidades de desarrollo tanto individual y social, de ahí la relevancia que adquiere su investigación, análisis y atención, especialmente en lo que compete al ámbito de la salud y el papel que desempeña la psicología en él.

4.1.2 Práctica

La importancia de la realización de este trabajo radicó en cuatro puntos fundamentales: a) beneficios; b) las implicaciones prácticas; c) utilidad metodológica, y d) su conveniencia.

Así, del primer punto se destaca que el principal beneficio que ofrece el estudio dentro del marco social se basa en la búsqueda del bienestar y progreso como fin último de los individuos, tal y como lo expresa el código ético. Esto implica que las personas tengan acceso a toda la gama de servicios incluyendo el psicológico para incrementar la sensación de bienestar y con ello potenciar su desarrollo integral.

Con relación al segundo punto abordado se afirma que, se puede ampliar la gama de alternativas en el diseño de programas de atención psicológica, teniendo como foco de atención el sector salud, esto al proponer el establecimiento de condiciones para que las personas puedan contar con una mejor calidad de vida; las implicaciones prácticas de los

programas están dirigidas también a mejorar el bienestar con base en la información recolectada y en su constante evaluación para ofrecer un mejor servicio.

Por otra parte, la utilidad metodológica de este estudio radica en fomentar la investigación psicológica orientada a enfrentar las principales consecuencias derivadas de la violencia, así como a desarrollar, evaluar y divulgar tratamientos basados en evidencia empírica, accesibles y efectivos con el fin de fortalecer las intervenciones lo cual, también conlleva a la reducción y prevención del desarrollo de problemas clínicos.

Finalmente, la conveniencia parte de la disponibilidad de recursos tanto financieros y humanos brindados por parte de la institución pública que determina los alcances del presente estudio. En esta parte, es importante recalcar la responsabilidad asumida por parte de los sectores académicos y de servicios públicos para buscar en conjunto soluciones que permitan reducir la prevalencia y atender integralmente las consecuencias que produce la violencia en los diversos ámbitos de la vida de las mujeres afectadas.

4.2 Planteamiento del Problema

4.2.1 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los efectos de una intervención psicológica breve de corte cognitivo conductual sobre sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, TEPT y Ansiedad Generalizada en casos de violencia en mujeres naucalpenses?

4.2.2 Objetivo General

Diseñar, ejecutar y evaluar un programa de intervención psicológica de orientación cognitivo conductual para tratar sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, TEPT y Ansiedad Generalizada en casos de violencia en mujeres naucalpenses.

4.2.3 Objetivos específicos

1. Evaluar en las mujeres naucalpenses sintomatología asociada a Depresión mediante instrumento estandarizado MINI.
2. Evaluar en las mujeres naucalpenses Riesgo de Suicidio mediante instrumento estandarizado MINI.

3. Evaluar en las mujeres naucalpenses sintomatología asociada a Ansiedad Generalizada mediante instrumento estandarizado MINI.
4. Evaluar en las mujeres naucalpenses sintomatología asociada a TEPT mediante instrumento estandarizado MINI.
5. Estructurar e implementar un programa de intervención psicológica de corte cognitivo-conductual para sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y TEPT en casos de violencia en mujeres naucalpenses.
6. Describir y registrar los cambios y resultados durante la intervención con las mujeres.
7. Comparar los efectos del tratamiento terapéutico implementado a nivel intrasujeto e intragrupo.
8. Comparar los efectos del programa en los niveles de Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y TEPT del pretest vs posttest.

4.2.4 Hipótesis de investigación

H₁: Habrá diferencias en los puntajes de Depresión del MINI de las mujeres tras la intervención de corte cognitivo conductual.

H₂: Habrá diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Riesgo de Suicidio del MINI de las mujeres tras la intervención de corte cognitivo conductual.

H₃: Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de TEPT del MINI de las mujeres después de la intervención de corte cognitivo conductual.

H₄: Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de Ansiedad Generalizada del MINI de las mujeres después de la intervención de corte cognitivo conductual.

H₅: La intervención cognitivo conductual disminuirá la sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y TEPT en casos de violencia en mujeres naucalpenses.

H₆: La intervención cognitivo conductual tendrá efectos a nivel intrasujeto e intragrupo.

H₇: Habrá diferencias en los puntajes de Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y TEPT del pretest vs postest.

4.2.5 Definición Conceptual

4.2.5.1 Variables Independientes

- 1) Intervención cognitivo-conductual: “La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Plaud, 2001, citado en Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

4.2.5.2 Variables Dependientes

- 1) Depresión: “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2018b).
- 2) Riesgo de Suicidio: “El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo” (Martínez, 2017).
- 3) TEPT: “El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) describe un patrón de síntomas que pueden desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos” (Caballo, 2007).
- 4) Ansiedad Generalizada: “La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido” (Bados, 2005).

4.2.6 Definición Operacional de Variables

4.2.6.1 Variables Independientes

Tipo de variable: Activa

- 1) Intervención cognitivo-conductual. El programa de tratamiento incluyó un total de diez sesiones con una duración de una hora cada una y una periodicidad de una semana. Se diseñó un manual para la práctica del profesional, asimismo, el apartado de anexos del mismo documento corresponde al manual de trabajo de las usuarias, el cual incluye todos los formatos utilizados para cada una de las técnicas. La intervención desarrollada está dividida en técnicas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual, con lo cual se asegura el uso de programas basados en evidencia.

Se consideraron y compilaron siete técnicas, cabe aclarar que, estas no contaron como tal de una programación rigurosa; dependiendo del caso se determinó la selección de las técnicas más pertinentes y con ello la estructura del proceso psicoterapéutico. Bajo el criterio del profesional y de los avances observados y reportados de la usuaria se destinaba cierto número de sesiones para trabajar con una técnica en específico (Ver Tabla 6).

Tabla 6*Técnicas incluidas en el programa de intervención cognitivo conductual*

Nombre de la técnica	Número de sesiones	Estructura/ Contenido
Evaluación	2	Establecimiento de rapport y acuerdos terapéuticos, entrevista general de la situación, entrevista motivacional, aplicación de MINI y psicoeducación sobre la violencia.
Relajación muscular progresiva	A valorar	Psicoeducación, modelamiento y ensayos conductuales de respiración abdominal y relajación muscular.
Reestructuración cognitiva	A valorar	Psicoeducación, indagación de triada cognitiva, supuestos lógicos, actitudes o reglas, elaboración de ABC y debate.
Activación conductual	A valorar	Psicoeducación, identificación de actividades diarias y rutinas perdidas, búsqueda de actividades agradables y estructuración de un plan de acción de tareas graduales.
Habilidades sociales	A valorar	Psicoeducación, identificación de situaciones, modelamiento y ensayos conductuales de comportamiento y comunicación asertiva.
Solución de problemas	A valorar	Psicoeducación y realización del procedimiento de solución de problemas.
Terapia de exposición	A valorar	Psicoeducación, retomar ejercicio de respiración y relajación muscular, evaluación de la capacidad de imaginación, elaboración de una jerarquía de la situación temida, ejecución de exposición breve en imaginación y evaluación del ejercicio.

4.2.6.2 Variables Dependientes

Indicadores clínicos correspondientes al trastorno de TEPT, Depresión, Riesgo de Suicidio y Ansiedad Generalizada.

Tipo de variable: Dicotómica

- 1) Depresión: Constructo medido mediante el módulo A de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Está conformado por 11 criterios diagnósticos indicando presencia o ausencia. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 11. Al inicio del módulo se presentan dos preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

- 2) Riesgo de Suicidio: Constructo medido mediante el módulo C de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Está conformado por seis reactivos, y para este estudio se contempló la presencia o ausencia de dichos criterios, de los cuales la suma de todas las respuestas oscila 0 a 6.
- 3) TEPT: Constructo medido mediante el módulo I de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) el cual señala presencia o ausencia de 14 criterios diagnósticos; por ende la suma de todas las respuestas varía de 0 a 14. Al principio del módulo se establecen dos preguntas filtro.
- 4) Ansiedad Generalizada: Constructo medido mediante el módulo O de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), está compuesta por 10 criterios diagnósticos con dos niveles de respuesta (Sí-No), criterios de los cuales tres son filtro. El puntaje obtenido de las respuestas fluctúa de 0 a 10.

4.3 Metodología

4.3.1 Tipo de Estudio

Descriptivo: Este estudio es descriptivo ya que se enfocó en indicar cómo es el fenómeno que se está investigando, esto cuando, ya existía información del tema; este tipo de estudio permite medir las variables que conforman el fenómeno permitiendo realizar algunas predicciones generales (Bravo y Vaquero, 2012). Al referir las características del fenómeno ayuda a desarrollar otros tipos de investigaciones.

4.3.2 Tipo de Investigación

Aplicada: Este tipo de investigación tiene como objetivo abordar temas en los que existen problemas prácticos y soluciones potenciales, por ello, se lleva a cabo en ambientes naturales o bien, en organizaciones de diversas índoles, en este caso en una institución pública municipal. La investigación aplicada es útil para la toma de decisiones con relación a situaciones que requieren de una acción inmediata (Bravo y Vaquero, 2012). De acuerdo con Cozby (2005), este tipo de investigación tiene una aplicación inmediata en el momento en que se termina y una de las áreas de gran relevancia con la que cuenta es la evaluación

de programas, la cual ayuda a determinar si se obtienen los efectos esperados, y de no ser así, establecer programas alternativos.

4.3.3 Tipo de Diseño

Cuasiexperimental: Una de las características esenciales de los estudios cuasi experimentales es que no utilizan la técnica de asignación aleatoria, es decir, el investigador no tiene control total sobre el criterio empleado para asignar participantes; estos se asignan con base a una característica o cualidad que las personas aportan al estudio (Salkind, 1997). Bravo y Vaquero (2012) explican que dada la falta de control es difícil hacer afirmaciones sobre la causalidad de las relaciones entre variables, sin embargo, para disminuir dicha falta de control se hace uso de un grupo control o bien, tal como en este estudio, se realiza una medición antes y después de la aplicación de la variable independiente, conocido como diseños pre-post con el fin de incrementar la posibilidad de inferir relaciones de causalidad.

4.3.4 Participantes

Se trabajó con un grupo de seis mujeres en el Instituto Naucalpense de la Mujer del mes de noviembre del año 2017 al mes de julio del 2018.

El tipo de diseño muestral utilizado fue no probabilístico por cuotas, de participación voluntaria, consentida e informada.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser mujeres mayores de 18 años de edad.
- Residentes del municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México.
- Experimentar o haber experimentado cualquier tipo de violencia, sin especificación de tiempo ni de agresor.
- Acudir al Instituto Naucalpense de la Mujer por voluntad o derivado de otros servicios o instituciones.
- Aceptar voluntariamente el servicio psicológico.
- Aprobar las condiciones del consentimiento informado.

Por otro lado, los criterios de exclusión consistieron en:

- Mujeres menores de 18 años de edad.

- Residentes de municipios diferentes a Naucalpan de Juárez.
- Reportar situación que no conlleve algún tipo de violencia.
- Rechazar el servicio psicológico.
- No aceptar las condiciones del consentimiento informado.

4.3.5 Escenario

Cubículo del Instituto Naucalpense de la Mujer dentro de las instalaciones del Palacio Municipal de Naucalpan. Las dimensiones de dicho cubículo son aproximadamente de 1.5 metros x 3 metros, con condiciones de iluminación, ventilación producida por un ventilador, sin ventanas, una mesa y tres sillas (la silla asignada para la psicóloga se encuentra más próxima a la puerta). Asimismo, en el cubículo coexistía un área de recreación para niños.

4.3.6 Materiales

Hojas de autorregistros y escalas correspondientes a cada una de las sesiones, lápices y carpeta de registro de sesiones del Instituto Naucalpense de la Mujer.

4.3.7 Herramientas

Empleo de paquete estadístico SPSS, versión 19.

4.3.8 Instrumentos

- 1) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (2000): Se trata de un instrumento diagnóstico breve, sencillo y desarrollado para la investigación clínica en el cual se incluyen los principales trastornos psiquiátricos del Eje 1 del DSM IV y CIE 10. Tiene una puntuación de validez y confiabilidad alta y puede ser administrado en un periodo de tiempo mucho más breve (media 15 minutos); la versión en español para población mexicana tiene una alfa de 0.85. Dicha entrevista está dividida en módulos identificados por letras y cada uno corresponde a una categoría diagnóstica y ofrece una valoración dicotómica de presencia o ausencia; son 16 módulos de los cuales sólo se hizo uso de cuatro, a saber:

- a) Episodio depresivo mayor el cual explora criterios diagnósticos ocurridos en las dos últimas semanas. Corresponde al módulo A del instrumento y está conformado por 11 criterios diagnósticos.
 - b) Riesgo de Suicidio durante el último mes, está conformado por 6 criterios cada uno con una puntuación. Está enunciado en tres niveles de severidad: leve (1-5), moderado (6- 9) y alto (+10). Cabe resaltar que para los fines de este estudio no se consideró dicha clasificación, sino la puntuación de ausencia o presencia.
 - c) TEPT; examina síntomas experimentados en el último mes y se puede ubicar con la letra I en el instrumento, se encuentra constituido por 14 criterios.
 - d) Trastorno de Ansiedad Generalizada, módulo identificado con la letra O en el MINI el cual indaga síntomas según lo acaecido en los últimos seis meses; están establecidos 10 criterios.
- 2) Manual “Guía de Intervención Psicológica para Mujeres en Situación de Violencia” (Gallegos y Zúñiga, 2018), (Ver Anexo 1). Dicho manual fue diseñado para guiar la práctica psicoterapéutica y en él se pueden encontrar:
- Formatos correspondientes del Instituto Naucalpense de la Mujer (Hoja de asesoría, Consentimiento y Encuesta de satisfacción)
 - Consentimiento informado
 - Guía de entrevista semiestructurada (Adaptación de la versión de Echeburúa y De Corral, 2000).
 - Guía de entrevista motivacional (Adaptación de la versión de Miller y Rollnick, 1990)
 - Hoja de sesión (Adaptado de Beck, 2000).
 - Autorregistros e infografías recopiladas y de elaboración propia que fueron utilizados en la intervención en cada una de las sesiones.
- 3) Escala de Percepción Global del Cambio (Adaptación de la versión de Echeburúa y Corral, 1987). Se utiliza en la evaluación intratratamiento con el fin de obtener la valoración de las usuarias respecto a su bienestar desde el último encuentro con la psicoterapeuta. Tiene un formato de diez opciones de respuesta numeradas del uno

al 10, por lo tanto, uno equivale a “Me siento mucho peor” (menor grado de bienestar) y 10 a “Me siento mucho mejor” (mayor grado de bienestar).

4.3.9 Procedimiento

Fase 1: Tuvo una duración de aproximadamente tres meses (de junio a septiembre del 2017). El objetivo fue planear y establecer la organización de la intervención, así como concretar la colaboración con el Instituto Naucalpense de la Mujer. Esta fase constó de las siguientes acciones:

- a) Contacto con las autoridades correspondientes del Instituto Naucalpense de la Mujer. Se programó una cita con la jefa del departamento de Psicología para asistir personalmente al Instituto por medio de la Dra. Carolina Santillán Torres Torija y en dicha reunión se expresó el interés de ingresar en calidad de voluntarias con el fin de realizar una intervención psicológica. La jefa de departamento proporcionó información de los diversos servicios que se ofrecen en el instituto e inclinó a favor de la petición.
- b) Investigación y desarrollo del manual de intervención revisado, corregido y aprobado por la Dra. Carolina Santillán Torres Torija.
- c) Presentación de propuesta de intervención a la jefa de departamento y a la psicóloga, esto con el fin de ofrecer retroalimentación a ésta de acuerdo a la normatividad del instituto y de la práctica profesional ejecutada en el mismo, para posteriormente realizar las modificaciones y adaptaciones pertinentes. También, se establecieron los acuerdos, días y horarios de asistencia al Instituto formalizando con la firma de una carta compromiso. Se acordó asistir los días jueves en un horario de 9:00 hrs. a 15:00 hrs. y los días viernes de 10:00 hrs. a 15:00 hrs.

Fase 2: Esta fase tuvo el objetivo de mostrar la práctica psicológica en el instituto e insertar gradualmente a las voluntarias a las actividades del mismo; transcurrió del mes de Septiembre al mes de Noviembre del 2017, dentro del Instituto Naucalpense de la Mujer y con base en los lineamientos del departamento de psicología la participación como voluntarias se dividió en tres condiciones en el siguiente orden:

- a) Observadora/ oyente: Las voluntarias acompañaban a la psicóloga mientras ésta realizaba el procedimiento establecido para una valoración.
- b) Práctica supervisada: Las voluntarias tenían participación activa en las valoraciones o bien, eran quienes las realizaban en presencia de la psicóloga. Al término, se ofrecía retroalimentación del desempeño y elementos a mejorar.
- c) Coterapeuta: La psicóloga integraba a las voluntarias dentro de algunos seguimientos psicológicos permitiendo su participación y fuera de sesión se daba cabida a la discusión del caso y las estrategias de trabajo.

Fase 3: Transcurrió del mes de Noviembre del 2017 al mes de Agosto del 2018, el objetivo fue aplicar y evaluar la intervención de corte cognitivo conductual previamente diseñada y presentada. Para estos efectos, la jefa de departamento inició la asignación de casos, los cuales fueron llevados a cabo sin presencia en sesión de la psicóloga del Instituto, no obstante, se contó con su supervisión para mantenerse informada y aclarar dudas tanto del servicio psicológico como del jurídico.

Cabe decir que el seguimiento psicológico con cada una de las mujeres constó de diez sesiones individuales de una duración de una hora, con una periodicidad de una semana y distribuidas en las siguientes condiciones:

1. Valoración: Fue el primer contacto y constó de una sesión de una duración aproximadamente de 20 minutos y podía ser efectuada en el cubículo del instituto o en el patio del palacio municipal. Para esta sesión se consideraron los protocolos y formatos del Departamento de psicología del Instituto Naucalpense de la Mujer; tuvo el objetivo recabar los datos sociodemográficos de la usuaria e indagar el motivo de atención de manera general; con base en la información proporcionada y de la toma de decisión tanto de la mujer como de la jefa de departamento fue como se asignó el servicio de atención psicológica individualizada. Asimismo, se proporcionó la información correspondiente al servicio y se entregó un comprobante que concretaba la cita.
2. Entrevista/Evaluación: Dio inicio formalmente al programa de intervención planificado, por ello, se efectuó en dos sesiones de una duración de sesenta minutos cada una. Cabe decir que en primera instancia, en esta sesión se

establecieron los acuerdos terapéuticos y se daba a firmar el consentimiento informado. El propósito general recayó en recoger información de la situación problema que permitiera establecer los objetivos y las pautas de intervención; se hizo hincapié en fortalecer la alianza terapéutica. Para ello, se incluyó una entrevista semiestructurada en la que se concentraron diversos elementos relacionados con la situación, adicionalmente se consideró la implementación de la entrevista motivacional y la evaluación de la sintomatología asociada al evento (Pre) con el uso de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). También, se introdujo la parte psicoeducativa en estas sesiones dirigida a explicar de manera breve en qué consiste el encuadre terapéutico así como los tipos de violencia y el ciclo de ésta.

3. Intervención psicoterapéutica: Una vez concluida la parte de evaluación y tomando en cuenta las técnicas desarrolladas en el manual, se propuso una planificación de acuerdo al caso de la usuaria. Esta condición tuvo una duración de ocho sesiones y en cada una de ellas se abordó la parte psicoeducativa, la cual estuvo enfocada a explicar los objetivos, beneficios y en qué consistía la técnica seleccionada, por otra parte, en todas las sesiones se efectuó la valoración del estado de ánimo y revisión y retroalimentación de tareas. Asimismo, durante las sesiones se realizaron ejercicios de acuerdo con la situación y la técnica en la que se enfocó y como complemento, se diseñaron materiales de apoyo tal como los autorregistros e infografías con el fin de facilitar el trabajo en sesión, dejar tareas que propiciaran el desarrollo de habilidades en la usuaria y paralelamente que fungieran como pruebas de la intervención y de los resultados del programa de actuación.
4. Cierre/Evaluación: Esta condición fue realizada dentro de una de las sesiones como tal de intervención, específicamente en la diez, así que se le dedicó aproximadamente 20 minutos de los 60 de la sesión. Tuvo el objetivo de reconocer los logros de la usuaria, acentuar fortalezas y recapitular las estrategias implementadas, igualmente se obtuvo información respecto la satisfacción del tratamiento, esto con el reporte verbal de la usuaria y con una encuesta del

Instituto Naucalpense de la Mujer. Finalmente se evaluó sintomatología asociada al evento (Post) con instrumento MINI.

Cabe especificar que cada una de las condiciones explicadas en esta fase se pueden encontrar desarrolladas a detalle en el Manual de elaboración propia “Guía de Intervención Psicológica para Mujeres en Situación de Violencia”.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

5. 1 Descripción de la población

En el estudio final participaron un total de seis mujeres adultas de entre 28 y 67 años de edad (media de 41.6). De las cuales, cinco cuentan con una escolaridad de nivel secundaria y una con carrera técnica. Dos de las participantes reportaron contar con un trabajo como empleadas, dos más refirieron dedicarse al comercio de diferentes productos y las dos últimas mencionaron ocuparse del hogar. Asimismo, dos de las usuarias se encuentran en un nivel socioeconómico medio bajo, dos más en nivel medio, una en nivel medio alto y la última en bajo. Por otra parte, dos de las participantes definieron su estado civil como casadas, mientras que el resto de ellas como solteras. Las seis participantes reportaron tener hijos. Cinco de ellas mencionaron practicar la religión católica, mientras que la mujer del caso seis, se definió como no creyente.

El 100% de las mujeres indicó no consumir sustancias, como alcohol u otras drogas. Referente a su nivel de salud, la mitad de ellas reportaron padecer una enfermedad (anemia para el caso uno, presión alta para el caso tres y hepatitis y diagnóstico de depresión en el caso seis), mientras que la otra mitad reportó su estado de salud como bueno. Todas las participantes son residentes del municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México; dos de ellas llegaron de manera voluntaria en busca de servicio psicológico al Instituto Naucalpense de la Mujer (INM). El otro 66.6% de las mujeres fue derivado al servicio psicológico del Instituto por diferentes servicios jurídicos (Ministerio Público o Dirección Jurídica). Todas las mujeres reportaron vivir una situación de violencia por parte de su pareja y aceptaron las condiciones expuestas en el consentimiento informado para su participación en la presente investigación.

En la Tabla 7 pueden observarse los datos sociodemográficos antes descritos.

Tabla 7*Datos sociodemográficos de las mujeres participantes de la intervención*

P	Edad	Escolaridad	Edo. civil	Ocupación	Nivel socioeconómico	Religión	Condición de salud	Consumo de sustancias	Hijos
1	28	Secundaria	Soltera	Empleada	Bajo	Católica	Anemia	No	Sí
2	32	Secundaria	Soltera	Empleada	Medio bajo	Católica	Reporta buena salud	No	Si
3	38	Secundaria	Soltera	Comerciante	Medio bajo	Católica	Presión alta	No	Sí
4	40	Preparatoria	Casada	Hogar	Medio alto	Católica	Reporta buena salud	No	Sí
5	45	Secundaria	Casada	Comerciante	Medio	Católica	Reporta buena salud	No	Sí
6	67	Secundaria	Soltera	Hogar	Medio	Ninguna	Hepatitis y depresión	No	Sí

Nota: P= Participante

Cabe aclarar que el caso de la participante número tres no cuenta con evaluación de un postest, ya que por circunstancias ajenas al estudio la participante tuvo que darse de baja del servicio psicológico del instituto y por tanto no se dio término a la intervención.

5.2 Descripción de resultados

En primera instancia, se optó por realizar una comparación de la sintomatología asociada a Depresión, TEPT, Ansiedad Generalizada y Riesgo de Suicidio en las usuarias antes y después del programa de intervención, esto con el objetivo de identificar cambios en los niveles de dichas variables.

En la Tabla 8 se pueden observar los resultados obtenidos de cada uno de los reactivos de sintomatología asociada a Depresión de los seis casos en el pretest y de cinco casos en el postest. Como puede apreciarse, en los resultados obtenidos en el pretest, cinco de las usuarias manifestaron sintomatología depresiva, esto representa el 83.3% de las participantes, registrando de siete a nueve síntomas presentes. Mientras que, en el postest se

identificó la presencia de sólo dos criterios diagnósticos en los casos tres y seis, lo que permite afirmar la reducción del 90.24% de los síntomas. Estos resultados muestran una disminución de la sintomatología depresiva referida por las participantes antes de la intervención.

Por su parte, en la Tabla 9 se muestra la presencia o ausencia de seis síntomas de Riesgo de Suicidio, evaluados en las seis participantes para el pretest y cinco participantes para el postest.

En el caso del pretest, tres de las mujeres, es decir el 50% de las participantes, manifestaron criterios de Riesgo de Suicidio al referir dos síntomas en cada caso. Estas puntuaciones, de acuerdo a la clasificación del MINI 20, se sitúan en un riesgo de carácter leve. Resulta importante resaltar que, si bien estas mujeres refieren pensamientos, ideas o planeación sobre el suicidio, ninguno de los casos menciona algún intento. En la evaluación postest, se advierte que la presencia del Riesgo de Suicidio es nula en todos los casos.

Tabla 8
Pretest y postest Sintomatología Depresiva MINI 20

Reactivos	Pretest						Postest					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
D1. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	1
D2. ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o a disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	1	1	1	0	1	0	0	N	0	0	0	0
D3. ¿En las últimas dos semanas cuando se sentía deprimida o sin interés en las cosas: disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0
D4. ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0
D5. ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0
D6. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	1	1	1	0	1	1	0	N	1	0	0	1
D7. ¿Casi todos los días se sentía culpable o inútil?	1	0	1	0	1	0	0	N	0	0	0	0
D8. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	1	1	1	0	1	1	0	N	1	0	0	0
D9. ¿En varias ocasiones, deseo hacerse daño, se sintió suicida, o deseo estar muerto?	0	0	1	0	0	0	0	N	0	0	0	0
D10. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	1	1	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
D11. ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	0	1	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0

Nota: 0= Ausencia de síntoma, 1= presencia de síntoma y N= No respondió.

Tabla 9
Pretest y postest Riesgo Suicida MINI 20.

Reactivos	Pretest						Postest					
	<u>Caso</u> <u>1</u>	<u>Caso</u> <u>2</u>	<u>Caso</u> <u>3</u>	<u>Caso</u> <u>4</u>	<u>Caso</u> <u>5</u>	<u>Caso</u> <u>6</u>	<u>Caso</u> <u>1</u>	<u>Caso</u> <u>2</u>	<u>Caso</u> <u>3</u>	<u>Caso</u> <u>4</u>	<u>Caso</u> <u>5</u>	<u>Caso</u> <u>6</u>
RS1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	1	0	0	0	0	1	0	N	0	0	0	0
RS2. ¿Ha querido hacerse daño?	1	0	1	0	0	0	0	N	0	0	0	0
RS3. ¿Ha pensado en el suicidio?	0	0	0	0	0	1	0	N	0	0	0	0
RS.4 ¿Ha planeado como suicidarse?	0	0	1	0	0	0	0	N	0	0	0	0
RS5. ¿Ha intentado suicidarse?	0	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
RS6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	0	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0

Nota: 0= Ausencia de síntoma, 1= presencia de síntoma y N= No respondió.

Por otro lado, en la Tabla 10 se concentran datos referentes a la existencia o inexistencia de 14 criterios sintomatológicos del Trastorno de Estrés Postraumático del pretest de seis casos y del postest de cinco casos. Se identifica que, sólo en los casos uno y cuatro se presenta sintomatología asociada a este trastorno. Se precisa que en el caso 1, únicamente uno de los síntomas evaluados por el MINI 20 se encuentra ausente, mientras que en el caso cuatro cerca de la mitad de los síntomas se encuentran presentes.

Los resultados del postest indican una elevada reducción de sintomatología, al sólo predominar uno de los síntomas reportados en el pretest de ambos casos. Esto se traduce en una reducción del 89.47% en la prevalencia de síntomas para este caso. Para el resto de los casos, se reportó ausencia total de sintomatología en el pretest y postest.

Tabla 10
Pretest y postest Sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático MINI

Reactivos	Pretest						Postest					
	<u>Caso</u> <u>1</u>	<u>Caso</u> <u>2</u>	<u>Caso</u> <u>3</u>	<u>Caso</u> <u>4</u>	<u>Caso</u> <u>5</u>	<u>Caso</u> <u>6</u>	<u>Caso</u> <u>1</u>	<u>Caso</u> <u>2</u>	<u>Caso</u> <u>3</u>	<u>Caso</u> <u>4</u>	<u>Caso</u> <u>5</u>	<u>Caso</u> <u>6</u>
EPT1. ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?	1	0	0	1	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT2. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p.eje., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	1	0	0	1	0	0	1	N	0	0	0	0
EPT3. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	1	0	0	1	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT4. ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	0	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT5. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT6. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT7. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT8. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	1	0	0	1	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT9. ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT10. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	1	0	0
ETP11. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	1	0	0	1	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT12. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	1	0	0	1	0	0	0	N	0	0	0	0
ETP13. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0
EPT14. ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	1	0	0	0	0	0	0	N	0	0	0	0

Nota: 0= Ausencia de síntoma, 1= presencia de síntoma y N= No respondió.

Finalmente, en la Tabla 11, se reúnen los resultados obtenidos en el pretest de las seis participantes, y de cinco mujeres en el postest, referidos a la sintomatología de Ansiedad Generalizada.

Tabla 11
Pretest y postest Sintomatología de Ansiedad Generalizada MINI 20

Reactivos	Pretest						Postest					
	<u>Caso</u> <u>1</u>	<u>Caso</u> <u>2</u>	<u>Caso</u> <u>3</u>	<u>Caso</u> <u>4</u>	<u>Caso</u> <u>5</u>	<u>Caso</u> <u>6</u>	<u>Caso</u> <u>1</u>	<u>Caso</u> <u>2</u>	<u>Caso</u> <u>3</u>	<u>Caso</u> <u>4</u>	<u>Caso</u> <u>5</u>	<u>Caso</u> <u>6</u>
A1. ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos seis meses?	1	1	1	0	1	1	1	N	1	0	1	0
A2. ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0
A3. ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	1	0	1	0	1	1	0	N	0	0	1	0
A4. ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0
A5. ¿Se sentía tenso?	1	1	0	0	1	1	0	N	0	0	0	0
A6. ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	1	1	1	0	1	1	0	N	1	0	0	0
A7. ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0
A8. ¿Se sentía irritable?	1	0	1	0	1	0	0	N	0	0	0	0
A9. ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	1	1	1	0	1	1	0	N	0	0	0	0

Nota: 0= Ausencia de síntoma, 1= presencia de síntoma y N= No respondió.

De acuerdo a los resultados reportados en el pretest de los seis casos del estudio, el promedio de presencia de síntomas evaluados de Ansiedad Generalizada fue de 6.83.

Cabe señalar que en el caso uno y cinco, todos los síntomas evaluados se encontraron presentes en la evaluación pretest. En el caso dos hubo ausencia de dos criterios y en los casos tres y seis se refirieron la presencia de ocho síntomas de nueve evaluados. Estos datos se traducen en un promedio de prevalencia de 75.9% de sintomatología ansiosa.

En cuanto a la evaluación postest, se identifica disminución en la presencia de sintomatología. Se observa que, en el caso seis existe una reducción total de sintomatología, mientras que para los casos uno, tres y cinco aún se reportan de uno a dos síntomas, lo que equivale a una prevalencia de 9.25%. En el caso cuatro, se mantuvo la ausencia de síntomas tanto en pretest y postest.

De manera global, con los resultados obtenidos en la evaluación pretest se puede determinar que la presencia de sintomatología depresiva y de Ansiedad Generalizada fue mayor en cuatro de los seis casos, es decir, en el 66.6% de la muestra. En los casos uno y cuatro existió además, una manifestación mayor de síntomas asociados al TEPT.

Con relación a la evaluación postest, se reconoce una mayor prevalencia de sintomatología asociada a Ansiedad Generalizada, ya que dos de las usuarias manifestaron mantener alguno de los síntomas explorados de este trastorno después de la intervención. Por otra parte, la incidencia de sintomatología asociada a Depresión y TEPT en las mujeres fue menor. Finalmente, referente al Riesgo de Suicidio, la presencia pasó de ser clasificada de leve a nula en los tres casos identificados.

Por otro lado, como complemento a la evaluación de la intervención y durante el transcurso de ésta, se midió el grado de percepción de cambios en el bienestar general de las participantes desde el último encuentro con la psicoterapeuta, esto, a partir de la segunda sesión.

En la Tabla 12 se concentran los datos obtenidos en la escala de Percepción Global del Cambio de las seis participantes que forman parte de este estudio. En general, el reporte subjetivo muestra un incremento en la percepción global del cambio. De dicha afirmación se puede desglosar lo siguiente:

- Al término de la intervención, es decir, en la sesión 10, en el caso de todas las participantes, el nivel que predomina es el 10, correspondiente a la categoría “Me siento mucho mejor”.
- Considerando todas las sesiones de intervención con las seis participantes, la puntuación que se reportó con mayor frecuencia fue el número 10 correspondiente a “Me siento mucho mejor” (17), seguida por el número 9 en la escala (14).
- Dichas valoraciones obtenidas fueron graduadas conforme avanzan las sesiones de la intervención.

Tabla 12

Puntuaciones referidas por cada participante en la escala de Percepción Global del Cambio (Adaptado de Echeburúa y Corral, 1987) en cada una de las sesiones.

Participante	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10
1	7	8	9	9	9	9	10	10	10
2	N	8	9	N	9	10	10	N	N
3	8	8	8	9	9	10	9	10	10
4	8	9	9	10	N	10	10	N	10
5	7	8	8	8	8	10	9	10	10
6	6	7	7	8	8	9	9	10	10

Nota: N= No respondió

5.3 Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo que consistió en el cálculo de la Media del puntaje obtenido de cada una de las variables (Depresión, Riesgo de Suicidio, TEPT y Ansiedad Generalizada) en la evaluación pretest y postest, esto con la finalidad de verificar si existen diferencias. En la Tabla 13 se concentran dichos resultados.

A continuación, con el objetivo de explorar la probabilidad asociada a la efectividad del programa de intervención en los niveles de Depresión, Riesgo de Suicidio, TEPT y Ansiedad Generalizada se realizó el análisis de una prueba no paramétrica, Wilcoxon. El nivel de significación utilizado fue de 0.05 (5%) donde el límite de significación se estableció en $p < 0.05$.

Se hizo uso de la prueba de t de Wilcoxon dado que, trata de una prueba flexible que se puede utilizar en distintas situaciones, con muestras de diferente tamaño y variables cualitativas ordinales. Se trata de una prueba que sólo requiere que las variables sean continuas y que sean observaciones pareadas (Gómez, Danglot y Vega, 2003).

Tabla 13

Media de los valores totales de la evaluación pretest y postest de las cuatro variables estudiadas

Variable	Pretest \bar{x}	Postest \bar{x}
Depresión	7.0000	.8000
Riesgo de Suicidio	1.0000	.0000
TEPT	3.1667	.4000
Ansiedad Generalizada	6.8333	1.0000

Nota: \bar{x} = Media.

El cálculo de la media indicó que la sintomatología depresiva fue mayor en la evaluación pretest ($\bar{x} = 7.0000$) que en la evaluación postest ($\bar{x} = .8000$).

Asimismo, la prueba arrojó que el riesgo suicida fue mayor en la evaluación pretest ($\bar{x} = 1.0000$) que en la evaluación postest ($\bar{x} = .0000$).

Los resultados también señalan que los valores de la variable TEPT son mayores en la evaluación pretest ($\bar{x} = 3.1667$) que los obtenidos en el postest ($\bar{x} = .4000$).

Finalmente, dicha medida descriptiva indicó que los valores de la variable Ansiedad generalizada fueron mayores en la evaluación pretest ($\bar{x} = 6.8333$) que en la evaluación posttest ($\bar{x} = 1.000$).

Con base en la prueba estadística Wilcoxon, se puede informar los resultados del estudio de la siguiente manera:

El análisis arrojó que los cambios de la variable Depresión no son estadísticamente significativos ($Z = -.674, p = .500$).

Con relación a la variable de Riesgo de Suicidio se halló que la intervención no produjo un cambio estadísticamente significativo ($Z = -.378, p = .705$).

Asimismo, la prueba mostró que la intervención no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable TEPT ($Z = .000, p = 1.000$) y Ansiedad Generalizada ($Z = -.677, p = .498$).

Dicha información del tratamiento estadístico, se presenta a continuación en la Tabla 14.

Tabla 14

Valores de Z y p obtenidos con la prueba Wilcoxon de las cuatro variables estudiadas

Variable	Valor de Z	Valor de p
Depresión	-.674	.500
Riesgo de Suicidio	-.378	.705
TEPT	.000	1.000
Ansiedad Generalizada	-.677	.498

Como conclusión podemos afirmar que hubo diferencias en todas las participantes, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas.

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como principal objetivo la implementación y evaluación de un programa de intervención psicológica de orientación cognitivo conductual para tratar sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, TEPT y Ansiedad Generalizada en casos de violencia en mujeres. En el siguiente apartado se desarrollarán algunos de los hallazgos obtenidos y el respectivo análisis y contraste con la literatura citada.

De manera general y a partir del análisis descriptivo (Media) se afirma que hubo cambios en las variables estudiadas al término de la intervención, lo cual permite aceptar la hipótesis referida a que la intervención cognitivo conductual disminuiría la sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y TEPT en los casos de violencia de mujeres naucalpenses. También, los resultados descriptivos apoyan la hipótesis de investigación en la cual se afirma que habría diferencias en los niveles de la sintomatología asociada a cada uno de los trastornos en los puntajes obtenidos en la evaluación pretest y postest. A su vez, estas confirmaciones permiten aceptar la hipótesis de investigación en la que se enuncia la existencia de efectos a nivel intrasujeto e intragrupo. De igual manera, los resultados obtenidos por la escala de Percepción Global del Cambio, apoyan la aceptación de estas hipótesis, ya que no sólo se percibieron los cambios en la sintomatología de las participantes, sino, como ya se expuso en el apartado anterior, también se percibió un incremento en la percepción del bienestar general de las mujeres conforme la intervención fue avanzando.

Por otro lado, dado el análisis estadístico con la prueba Wilcoxon se afirma que dichos cambios no son estadísticamente significativos, por lo cual se rechazan las hipótesis de investigación que aseveran habría diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y TEPT en casos de violencia en mujeres naucalpenses.

En este sentido, podemos afirmar la eficacia de nuestra aplicación, esto puesto que, se observaron cambios en las variables dependientes atribuidas al tratamiento, lo que Echeburúa y De Corral (2001) distinguen como la validez interna. No obstante, no podemos confirmar la efectividad del plan de intervención desarrollado, es decir, la validez externa, que permite la generalización de los resultados a todas las situaciones clínicas

(Echeburúa y De Corral, 2001). Esto permite definir a la TCC como una de las psicoterapias con mayor eficacia y efectividad en el tratamiento de diferentes trastornos y problemas de atención clínica (Garay y Keegan, 2016).

En esta misma línea, se puede aseverar que nuestra intervención contempló algunos componentes de la eficacia de tratamientos psicológicos mencionados por Marks y O'Sullivan en el año 1992 (citado en Echeburúa y De Corral, 2001), tal como la especificidad, puesto que con apoyo de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional se puede identificar los síntomas que mejoran; el plazo y la duración de los efectos a corto plazo lo pudimos constatar a través del reporte verbal de las usuarias y la gran variedad de autoinformes elaborados durante el proceso psicoterapéutico; respecto a la duración de los efectos a largo plazo, estos no se lograron confirmar debido a algunas complicaciones que serán descritas más adelante.

Por otra parte, se puede mencionar que, los resultados obtenidos respecto a las categorías de la sintomatología presentada, no fueron consistentes con los hallazgos de Golding (1999, citado en Zamora, 2017), puesto que, se afirmó que la prevalencia más alta en mujeres en situación de violencia se encontraba vinculada con el Trastorno de Estrés Postraumático (63.8%). En la presente intervención, la mayoría de las mujeres reportaron criterios asociados a Depresión Mayor y sólo dos mujeres puntuaron en TEPT. No obstante, hay que resaltar que la recuperación de estas usuarias coincide con los resultados reportados en los estudios dirigidos al tratamiento del TEPT en mujeres víctimas de violencia, al existir una reducción de síntomas del 89.47%. En dichos estudios se reporta que la disminución de sintomatología de este trastorno tras la intervención de carácter cognitivo conductual, fluctúa entre el 80% y 95% (Echeburúa, et al. 1996 y 2013; Labrador y Rincón, 2002; Labrador y Alonso, 2007; Labrador, Fernández y Rincón, 2009).

Respecto a los criterios asociados a Depresión mayor, existe una correspondencia con el estudio de Labrador y Rincón (2002), en el que se encontró una alta prevalencia de problemas depresivos, al reportar que el 100% de las participantes refirió sintomatología de dicho trastorno. Si bien, en nuestro estudio no todas las usuarias refirieron síntomas asociados a Depresión, el 83.3% de nuestra muestra sí lo hizo. Esto concuerda con la elevada prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres víctimas de violencia. Con

base en los resultados del análisis descriptivo se puede afirmar una mayor eficacia en la presente intervención, al reducirse los síntomas en un 90.24% a diferencia del 45% obtenido por estos autores. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la muestra de nuestro estudio representa poco menos de la mitad del número de participantes del estudio de dichos autores.

Por otro lado, dado nuestro interés en integrar y valorar el Riesgo de Suicidio por su relación con Depresión, en el 50% de las mujeres participantes se identificó ideación suicida, datos que coinciden con Segovia (2014), puesto que, indica que la tasa de prevalencia de suicidio en mujeres que viven violencia oscila entre el 4.6 y 77%. No obstante, en este rubro habría de considerar más factores relacionados con las conductas del espectro suicida.

En lo que concierne a la sintomatología ansiosa, nuestros resultados iniciales indagados en las mujeres, igualmente concuerdan con Segovia (2014), quien afirma que la frecuencia de la presencia de ansiedad es alta en casos de mujeres que experimentaron o experimentan violencia (entre 16.4% y el 83%), ya que se reportó una prevalencia del 75.9%. Por lo que se refiere a los resultados obtenidos en la evaluación postest, Labrador y Rincón (2002) hablan de una reducción de prevalencia a 11.8% después de una intervención cognitivo conductual. Lo anterior, se ajusta a los resultados del presente estudio al existir una reducción similar (9.25% de prevalencia) en la sintomatología de las usuarias después de la intervención.

Cabe destacar que, el estudio de Labrador y Rincón (2002), se llevó a cabo con población mexicana, lo que ofrece mayor respaldo a los resultados obtenidos en nuestra intervención. Sin embargo, como lo mencionan Arinero (2006) y Matud et al. (2016), existen una gran cantidad de limitaciones en las investigaciones que tienen como fin la recuperación de las mujeres que experimentaron o experimentan violencia.

La orientación cognitivo conductual, no se exenta de estas limitaciones, iniciando por la focalización en el tratamiento de variables patológicas, traumas y problemáticas que las usuarias manifiestan, dejando de lado el reforzamiento de los estados emocionales positivos y las fortalezas psicológicas que han demostrado notables beneficios en las

intervenciones clínicas en el tratamiento de trastornos de Ansiedad, Depresión, Estrés Postraumático, entre otros (Berrocal et al., 2008, citado en Arias, 2013).

Es importante comprender, que si bien la TCC representa la práctica terapéutica con mayor evidencia de eficacia y efectividad, esto no conlleva directamente a afirmar que sea la más conveniente, puesto que, la falta de investigaciones desde otras perspectivas teóricas repercute en la aceptación de otras formas de intervención como la psicología positiva o la humanista integradora, por mencionar algunas. Enfoques que podrían permitir la recuperación eficaz de las mujeres al atender cada una de las secuelas de la violencia tal como lo asegura González (2015a). Es decir, contemplando no sólo las patologías, sino también los aspectos positivos y las emociones que se presentan comúnmente en mujeres que han vivido violencia (Nájera, 2016), esto sin excluir las ventajas con las que se cuenta en una intervención de carácter individual, como lo son el ajuste del tratamiento a las necesidades específicas de cada mujer González (2015b). Así como con la posible implementación de una intervención que combine la atención individualizada con la grupal que resulte beneficiosa para las mujeres al contar con las ventajas de cada modalidad (Arinero, 2006).

Si bien, en el Instituto Naucalpense de la Mujer (INM), existen ambas modalidades del servicio psicológico, no se considera integrar ambas en el proceso psicoterapéutico de las mujeres, la derivación se hace solamente a una de estas. En este sentido, esta línea de acción no se consideró en este estudio dadas las condiciones del departamento de psicología del INM, pero sin duda, hubiese sido interesante implementar y evaluar sus efectos, dado que, tal como lo afirma González (2015b), el tratamiento individual ofrece la ventaja de ajustar el tratamiento a las necesidades específicas que demanda cada mujer mientras que el tratamiento grupal, permite compartir experiencias, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y el aumento de la confianza en los recursos propios y la posibilidad de crear una red de apoyo social.

Retomando el tema de las limitaciones, otra de ellas mencionada por Arinero (2006), y de las que nuestra investigación es parte, es la referente a la escasez de evaluaciones específicas de la situación y sintomatología que viven las participantes y el hecho de que las variables independientes estudiadas en cada investigación son diferentes.

Esto representa una limitación debido a que muchos de los estudios revisados hacen uso de diversas baterías de pruebas que dificultan la comparación de resultados entre unos y otros. Sumado a ello, durante nuestra estadía se impuso el uso restringido de instrumentos de medición, puesto que el Instituto Naucalpense de la Mujer (INM), al ser una institución pública no tiene permitida la evaluación de sintomatología de patologías como el TEPT, la Depresión y/o Ansiedad Generalizada. Razón por la cual se tuvo que recurrir a la evaluación a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (2000), por tratarse de un instrumento de aplicación breve. Consideramos, se trató de un obstáculo en el presente estudio, debido a que hubo una gran cantidad de información recabada que no fue posible reportar y que representa un papel importante en el proceso psicológico que llevaron a cabo las participantes y en la evaluación de nuestra intervención.

La relevancia radica en reconocer que una evaluación clínica debe indagar lo suficiente para que sustente la intervención a corto y largo plazo, situación que se vio mermada pero no descartada puesto que, se logró ampliar y verificar la información apoyado de la entrevista. Como bien lo menciona Ibáñez y Echeburúa (2015), en la práctica se debe emplear un método mixto en la evaluación, es decir, la combinación de la evaluación psicométrica y del clínico, elementos que se trataron de equilibrar en este estudio en medida de lo posible a pesar de las restricciones establecidas. Cabe señalar que en lo que concierne a la evaluación psicométrica, esta se encuentra descartada totalmente en la práctica de los otros profesionales que ofrecen el servicio psicológico en el INM y se enfocan únicamente en recuperar información de la historia de violencia.

También, la información cualitativa que fue recuperada en sesiones también resultó de gran trascendencia, puesto que tal como lo indica Ibáñez y Echeburúa (2015), en el área clínica el profesional trabaja con datos cualitativos a través de la observación y de los autoinformes. Con relación a estos últimos elementos, los autoinformes, también se presentaron una serie de negativas y comentarios de rechazo a la utilidad de estos por parte del personal a cargo del departamento. Como es bien conocido, parte esencial de la TCC es la asignación de tareas a los usuarios al tratarse de un enfoque que incluye la participación activa de los individuos en el procesos terapéutico, así como de la realización de los ejercicios ejecutados en sesión en su actividad diaria con el fin de obtener generalizaciones.

Por esta razón, es de esperarse que la Guía de intervención desarrollada por nosotras incluyera una serie de formatos diseñados para las tareas en casa de las usuarias de acuerdo con las técnicas a emplear, así como la evaluación durante el proceso psicoterapéutico. Se logró justificar la relevancia de los autoinformes en nuestra intervención a la jefa de departamento, no obstante, da cuenta de otro elemento fundamental que es descuidado e ignorado en la práctica clínica por parte del personal, puesto que, como lo mencionan Echeburúa y De Corral (2001), la integración de las terapias exige evaluación para con ello conseguir un aumento en la calidad de los servicios.

Por otra parte, también se suscitaron restricciones a la parte psicoeducativa inicialmente planteada, esto dado el empleo de la terminología relacionada con trastornos, derivado, como ya se mencionó, de evitar ofrecer diagnósticos. Aunque, es de especificarse que, esta intervención ofreció la evaluación de sintomatología asociada a determinados trastornos y no a su diagnóstico riguroso, la parte psicoeducativa en la intervención cobra sumo alcance al ofrecer información a la usuaria de determinada situación, que ayude a la comprensión de lo que está sucediendo, identificar elementos claves y conocer que existen alternativas de solución. Ibáñez y Echeburúa (2015) aseguran que los beneficios de comunicar la posible recuperación (duración del tratamiento, nivel de mejoría esperable, riesgo de recaídas) está ligado a la generación de expectativas y ello a su vez logra que los usuarios colaboren mejor con el terapeuta. De esta manera, en parte psicoeducativa contemplada en la Guía de Intervención, tuvo una ligera modificación tratando de no descuidar la integración de la reeducación.

Otra situación a discutir y señalar de este estudio es que, al igual que muchos otros programas de intervención con mujeres que son víctimas de violencia, la reiterada falta de un grupo control en las investigaciones de esta índole repercuten en la validación interna y externa del estudio que permite la consolidación de los resultados en términos de eficacia, eficiencia y efectividad (Labrador, et al., 2000, citado en Arinero, 2006). Limitación que se encuentra ligada a la recurrente falta de adherencia al tratamiento y por consiguiente a los abandonos prematuros.

Durante nuestra estancia como voluntarias en el INM tuvimos la oportunidad de trabajar otras problemáticas además de violencia contra las mujeres, sin embargo tanto en

estos casos como en los de violencia, hubo abandonos del tratamiento de manera prematura. Lo que se traduce en la presencia de muestras reducidas de participantes en programas de intervención con mujeres que han sido víctimas de violencia (Arinero, 2006), que es el caso de la muestra con la que nosotras hemos trabajado en el presente estudio. Muestra que además se vio restringida a causa de criterios impuestos por las autoridades administrativas del instituto, tales como el requisito de que las mujeres fuesen residentes sólo del municipio de Naucalpan de Juárez, así como el condicionamiento del servicio a sólo 10 sesiones, con la oportunidad de ausentarse en dos ocasiones antes de darlas de baja. Es decir, si las usuarias faltaban a alguna sesión, independientemente del motivo, dichas sesiones no podían ser repuestas en otra fecha (aún cuando la psicoterapeuta estuviera disponible). Una vez agotadas estas dos oportunidades se les retiraba el servicio, por lo que se determinaba como “falta de compromiso o interés” de parte de las usuarias. Esta situación es la que impidió que el proceso terapéutico con la participante del caso dos pudiera ser finalizado de manera adecuada. Situación que nos induce a cuestionar lo conveniente de estos parámetros condicionantes, considerando el alto índice de mujeres que sufren violencia que no se atreven a denunciar o buscar ayuda en las instituciones tanto públicas como privadas.

A ello se agrega además, la carencia de medidas de seguridad existente para las víctimas de violencia de género. Aún cuando en el INM se cuenta con medidas legales como órdenes de alejamiento y de vigilancia del bienestar de estas mujeres por parte de las autoridades pertinentes, algunas de las participantes, así como otras usuarias del servicio psicológico, refieren que estas medidas no son suficientes ya que en varias ocasiones el individuo que ejerció violencia contra ellas se encuentra libre y no acata dichas medidas de restricción, lo que se puede convertir en un obstáculo para conseguir un verdadero éxito en su recuperación, tal como lo plantea Romero (2010).

Estas cuestiones también representan una agravación en la confianza y seguridad de las mujeres para solicitar ayuda, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor parte de la población que acude a estas instituciones no cuenta con los recursos económicos suficientes y las condiciones óptimas para acudir de manera recurrente a una atención psicológica, a una asesoría jurídica o capacitación laboral, por más que el servicio sea gratuito.

También, pudimos observar que el personal del departamento de psicología no contemplaba el gasto económico que les significaba a las mujeres el trasladarse al instituto (tomando en cuenta el alto precio del transporte público en el Estado de México), o la inversión de tiempo, no sólo de una hora de sesión sino también del traslado de ida y vuelta, ni tampoco la necesidades de estas mujeres de trabajar, hacerse cargo de sus hijos, e incluso acudir a alguna otra institución debido a los procesos que estaban viviendo a raíz de la situación de violencia que enfrentaron.

Siguiendo esta línea argumentativa, retomamos lo mencionado por González (2015a) acerca de la importancia que debe tomar la realización de una intervención multidisciplinaria en el tratamiento de diversas problemáticas sociales como la violencia. Conforme a lo expuesto por Arinero (2006) el hecho de que nuestro estudio se realizara en modo ambulatorio no permitió que se efectuara de manera más efectiva una intervención de carácter multidisciplinaria, aún cuando en el INM, además de los servicios psicológicos de carácter individual y grupal, se ofrecen servicios de asesoramiento jurídico y laboral, programas sociales, capacitaciones, entre otros. Estos no resultan ser suficientes para brindar la atención necesaria para las beneficiarias, puesto que no existe un trabajo multidisciplinario como tal. Esto lo afirmamos, ya que, la comunicación entre los diferentes departamentos del instituto no es óptima y esporádicamente se comentan los casos en común con los diferentes servidores públicos involucrados. Esta situación resulta alarmante, debido a que, justo como lo afirma este autor, las participantes de este estudio así como otras usuarias, se encuentran inmersas de manera paralela en diversos procesos que repercuten en su bienestar y que muchas veces entorpecen el proceso psicológico.

Hacemos un gran hincapié en esta cuestión, puesto que como ya se mencionó, debido a estas circunstancias la usuaria del caso dos no logró concluir con el tratamiento. Esta usuaria como las demás, se encontraban en medio de diversos procesos además del psicológico, por ejemplo: tres de las participantes se encontraban inmersas en un proceso jurídico de guarda y custodia. Así mismo, la mayoría de las usuarias, dada la situación económica se integraron en el campo laboral, al encontrarse con la responsabilidad de solventar sus gastos, así como los de sus hijos. Dos usuarias además, contaban con la responsabilidad económica y de cuidados de un familiar. Otra la usuaria también hizo

referencia a asistir a clases. Esta serie de actividades cotidianas, en cierta medida representó un obstáculo para lograr una recuperación satisfactoria al 100% en las usuarias, tal y como lo mencionan Matud et al. (2016), ya que el presente estudio se focalizó principalmente en el tratamiento de la sintomatología asociada a los trastornos psicológicos.

No obstante, se hace un reconocimiento al trabajo y esfuerzo que las participantes de esta investigación mostraron al comprometerse con el proceso terapéutico, al asistir de manera constante y cumplir con las tareas asignadas en cada sesión, a pesar de las dificultades a las que se enfrentan día con día. Lo cual permitió en gran medida esa recuperación y cambios en beneficio de su bienestar.

Por otra parte, y con relación al trabajo multidisciplinario, es relevante hacer mención que en los casos en los que se reportaron ideación suicida, se habló con el personal del departamento de psicología con el fin de comunicar la situación de las usuarias y solicitar una evaluación psiquiátrica gratuita que fungiera como complemento para las mujeres, esto como sugerencia de nuestra asesora. Sin embargo, no se permitió que se comunicara dichas observaciones y alternativas a las usuarias.

Continuando con el campo de limitaciones, Arinero (2006) menciona por una parte, la recurrente falta de datos de seguimiento en las investigaciones de esta índole, que permitan evaluar la estabilidad de los cambios obtenidos por la intervención a corto, mediano y largo plazo. Si bien, es de nuestro saber la importancia y necesidad de realizar un seguimiento, tanto por ser parte íntegra y complementaria del proceso psicológico con el fin de verificar el mantenimiento de los cambios y prevención de recaídas, así como por el compromiso ético que adquiere una intervención, nuevamente, estuvimos obstaculizadas por las directrices del INM. Esto dado que, las responsables del departamento de psicología desacreditaron la implementación de un seguimiento al mes y a los tres meses de terminada la intervención con las participantes. La decisión fue justificada por la falta de respuesta que han tenido de las usuarias en otras ocasiones en las que se ha intentado implementar esta estrategia y el hecho de que las autoridades administrativas del instituto no permiten que las y los voluntarios mantengan contacto con las usuarias fuera de las horas de sesión, además del reducido espacio en la agenda. Ya que incluso la cancelación del servicio por

parte de las usuarias debe ser hecho directamente con el personal administrativo del instituto.

En este sentido, recuperamos lo expuesto por Arinero (2006), sobre los recursos sociales deficientes con los que se cuenta para la implementación de estrategias de diferente índole para el tratamiento y la prevención de la violencia, en cualquiera que sea el ámbito en el que se presente y sin importar la forma en que se manifieste.

Pues si bien, en el INM el mayor peso de los servicios se encuentra dirigido justamente a mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia, la realidad es que existen muchas limitaciones en cuanto a los beneficios a los cuales las mujeres pueden acceder. Iniciando por una prestación de servicios psicológicos elitista, ya que la aceptación de casos se realiza con base en criterios meramente personales del personal del departamento.

Cabe decir que, la jefa misma del departamento de psicología del INM, quien toma la decisión sobre los casos que serán atendidos y/o canalizados a otros servicios, no cuenta con la preparación necesaria en el área al ser profesionalista en cuestiones de carácter administrativo, más que del sector salud.

De la misma forma, como voluntarias dentro del instituto, identificamos ciertas deficiencias en la preparación profesional de los miembros del departamento de psicología que laboran, puesto que, no cuentan con los conocimientos suficientes para atender la diversidad de casos que pueden presentarse. Esto se afirma, puesto que, ante una situación de riesgo de suicidio de una de las usuarias, el personal no supo responder de manera oportuna, viéndose en la necesidad de buscar asesoría en otros profesionales ajenos al instituto. Esta situación acaecida a su vez condicionó la prestación del servicio psicológico a nuevas mujeres que comunicaran sintomatología relacionada con Depresión, ya fuera moderada o grave, o de Riesgo de Suicidio. No obstante, este hecho también denotó la falta de experiencia práctica de nosotras mismas en este tipo de casos y puso en evidencia algunos elementos en la intervención propuesta que deben de ser mejorados, tal como integrar un plan de seguridad o integrar a mayor profundidad fundamentos y componentes del comportamiento suicida.

En otras cuestiones y en contraste con los principios propuesto por Romero (2010), se contempla el escaso abordaje que la TCC hace de la perspectiva de género, puesto que, como ya se mencionó con anterioridad, la fundamentación teórica de esta perspectiva limita la incorporación de las particularidades que socialmente se le otorgan al género femenino y que juegan un papel muy importante en el establecimiento de ideas, creencias y conductas que fortalecen la vulnerabilidad de las mujeres para ser víctimas de violencia (Nájera, 2016).

Asimismo, nos encontramos con la limitante de abordar temas en correspondencia a la relación que existe entre las mujeres víctimas de violencia y los hijos que han crecido en este ambiente hostil. Sobre todo en el abordaje de las emociones negativas que algunas de las participantes exteriorizan hacia sus ex parejas (que generalmente son también los padres de sus hijos) y a veces incluso contra sí mismas. Lo que representa una dificultad para relacionarse con sus hijos y abordar las nuevas situaciones que experimentan a raíz de salir de las condiciones de violencia en las que se encontraban viviendo.

Si bien, nuestra intervención no aborda estrictamente el enfoque de género, si contemplamos creencias de la triada cognitiva, puesto que, tal como lo afirma Beck (1967, citado en Garay y Keegan, 2016), las personas experimentan malestar por el modo en que perciben la realidad y no por la realidad en sí misma. De tal manera que nuestra intervención estuvo orientada a factores intrapersonales (estados emocionales negativos) o interpersonales (presión social o conflictos de relación), así como con las respuestas inadecuadas de afrontamiento y distintos componentes cognitivos negativos, tales como la escasa percepción de control y un nivel bajo de autoeficacia (Echeburúa y Muñoz, 2017).

En defensa del modelo cognitivo conductual sin apelar a la perspectiva de género, se puede expresar que, la conducta violenta se concibe como una manifestación del sistema personal de constructos y de los pensamientos irracionales que emanan de aquél, por lo tanto las intervención dentro de este modelo están dirigidas a las percepciones, expectativas, auto-afirmaciones y creencias relacionadas con las situaciones de violencia (Carrasco y González, 2006).

En este sentido podemos encontrar una correspondencia con la aplicación de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve, ya que ambas perspectivas plantean objetivos

específicos o focalizados en el tratamiento de una cuestión muy puntual de la problemática de las mujeres, ya sean trastornos, emociones, inhabilidades etc., y ambas de igual manera suelen llevarse a cabo en un tiempo determinado que no suele ser muy largo, lo que representa ciertos beneficios, pero también simboliza restricciones a la hora de abordar otras cuestiones.

Además, como lo mencionan Leichsenring y Leinbing (2007), tanto la PPFB, como la TCC son dos de los métodos de psicoterapia que se aplican con mayor frecuencia en la práctica clínica y no se han encontrado diferencias significativas, sino contrariamente se ha establecido una efectividad igualitaria en ambos métodos.

Con relación al enfoque constructivista-sistémica, Barbosa (2014) afirma que al existir un cambio en uno de los miembros de un sistema habrá cambios también en el resto de los integrantes del mismo, supuesto que permite en este caso, abordar la relación entre las mujeres y sus hijos.

Los estudios desde esta perspectiva no son muchos, y aunque gran parte muestra resultados positivos, al igual que los estudios de la TCC se encuentran limitados por muestras reducidas, falta de seguimiento y grupo control, entre otras cuestiones, como la investigación de Guerrero y García (2008), en la cual la nuestra contó con pocas participantes (siete mujeres), falta de un grupo control y un seguimiento que pone en entredicho la confiabilidad de los resultados.

Cabe mencionar que la psicóloga principal del INM, ofrece su servicio psicológico desde el enfoque sistémico familiar. Al contar con la oportunidad de fungir como coterapeutas con ella, pudimos ser testigos de su práctica clínica, en la cual no se pudo identificar claramente que la intervención estuviera dirigida en la atención de la interacción interpersonal, trabajando en el sistema, con el fin de modificar las secuencias comunicativas defectuosas que tal como afirma Cibanal (2006), es el objetivo principal de esta perspectiva.

Por otra parte, es de reconocerse el abordaje de la perspectiva de género, enfatizando las relaciones de poder desiguales que existen entre hombres y mujeres, aspecto que concuerda con Cibanal (2006), quien explica que este enfoque considera que en la violencia hay actitudes que encuentran enraizadas en la socialización del género,

sustentando valores sexistas. Esta situación también pudo dar cabida a ampliar nuestra investigación y realizar una comparación entre las intervenciones aprobadas en el INM y la nuestra.

Con referencia a las emociones, la terapia integradora humanista puede contemplarse como una alternativa, al contar con estudios que reportan resultados significativamente mayores a los reportados por las intervenciones de carácter cognitivo conductual. Además, se trata de una visión que busca que el individuo identifique y reconozca sus emociones reales con el fin de que pueda desarrollarse de forma saludable, como lo menciona Caicedo (2014). También se trata de una perspectiva que deja de lado cuestiones como las patologías tan presentes en estas mujeres como ya se ha mencionado reiteradamente, lo que en cierta medida puede no cumplir con lo dicho por la APA (1999, citada en González, 2015a), acerca de que las intervenciones psicológicas con mujeres víctimas de violencia deberían estar orientadas al tratamiento de los síntomas, debido a la frecuencia con que aparecen los trastornos psicológicos como consecuencia de la violencia, sin olvidar el área psicosocial afectada.

En este sentido, Gimeno-Bayón (2017) aseguran que la flexibilidad de este enfoque podría posibilitar una integración de diferentes teorías compatibles entre sí de manera integrada y ordenada, pero sin renunciar a aquello que pueda ser útil y coherente por el hecho de proceder de otros modelos o metodologías. Es decir, se contempla la posibilidad de una futura integración entre la TCC y la Terapia integradora humanista que permita el uso de estrategias y técnicas que trabajen en función de las necesidades de las usuarias sin descuidar alguna cuestión implicada en la recuperación de las usuarias.

Pero no sólo se trata de un tratamiento, en este caso de las repercusiones que existen después de ser víctimas de violencia, sino que lo más conveniente sería una prevención con el objetivo de erradicar la incidencia de esta problemática social. En este sentido, Garay y Keegan (2016) afirman que debido a que la TCC afirma la existencia de una psicopatología de orientación cognitiva, que funge un rol relevante en el inicio y el mantenimiento de los trastornos, así como en la vulnerabilidad de los individuos, no sólo se trata de una intervención enfocada al tratamiento, sino que se puede dar lugar a intervenciones de carácter preventivo. Además de que se pueden realizar de forma grupal como individual, lo

que permitiría la implementación de programas de prevención a nivel individual, interpersonal, comunitario y social tal y como lo recomienda la OMS (2013d). De una manera multisectorial y multidisciplinaria con el fin de abordar todos los factores involucrados y no sólo los psicológicos.

Por otra parte, retomando datos de tipo cualitativo de esta investigación y la información del marco teórico, resulta de gran trascendencia hacer notorio que, en todos los casos atendidos, las mujeres reportaron como agresor a su pareja o ex pareja, es decir, fueron violentadas en el ámbito privado. Esto es importante retomarlo puesto que, la investigación estableció como criterio de inclusión cualquier tipo de violencia suscitada en cualquier ámbito y por cualquier agresor, presentándose este común denominador.

Esta información concuerda con los datos que reporta la OMS (2013c): la forma más común de violencia sufrida por las mujeres es la violencia de pareja o conyugal. Lo anterior da cuenta de la dimensión de la problemática puesto que, quien violenta en su mayoría es la persona que habita en el mismo lugar con las mujeres, que conoce sus rutinas y con quien se establece un vínculo personal; situación que posiblemente probabiliza que los actos de violencia sean frecuentes y graduales.

Con respecto a los tipos de violencia, la OMS (2013c) informa que entre las formas de violencia más habituales vividas por las mujeres son la psicológica, la física y la sexual, en ese orden. Además, el INEGI (2013) denota que el tipo de violencia con más incidencia en las mujeres casadas es la emocional. En nuestro estudio, los datos son similares. Esto se menciona porque, aunque resulta complicado ofrecer datos concisos sobre los niveles de violencia como lo hacen estas instituciones citadas, se identificó que en la mayoría de los casos las mujeres reportaban en la asesoría psicológica, violencia física. No obstante, a partir de la información recopilada durante la entrevista y en la parte psicoeducativa, las mujeres comunicaron e incluso identificaron que también experimentaban violencia psicológica, sexual y económica.

La relevancia de esta información descriptiva, reside en reconocer que, efectivamente, las formas de violencia pueden coexistir y no son mutuamente excluyentes. Así, en el plano de la violencia física, las mujeres reportaban golpes en distintas partes del cuerpo, destacando la cara, las extremidades, abdomen y espalda, así como intentos de

ahorcamiento. Una de las mujeres fue incluso, hospitalizada dada la gravedad de los actos de violencia, con lo cual se constata que, tal como lo menciona la OMS (2013b), la violencia contra las mujeres es una de las principales causas de lesiones y discapacidad y es un factor de riesgo de sufrir otros problemas de salud. Además, se hacen visibles las principales consecuencias físicas que enlista la OMS (2014), como moretones y rasguños que pueden escalar a huesos rotos, heridas corto punzantes, lesiones abdominales, torácicas, fracturas, hasta la muerte.

Con relación a la violencia psicológica, las mujeres notificaron indiferencias, insultos, humillaciones, prohibiciones, aislamiento y amenazas de muerte e incluso a una de las participantes, su expareja la acechaba; comportamientos que están incluidos en la clasificación de la violencia psicológica explicada por el INEGI (2013).

Referente a la violencia sexual, las mujeres durante sesión expresaron que sus parejas les exigían mantener relaciones sexuales y el acceso a estas, era sin considerar su deseo sexual y por creer que era su papel de mujer o esposa.

Finalmente, algunas mujeres comunicaron que la violencia económica también tuvo cabida en sus relaciones, esto expresada en actos como despojar o limitar el acceso al dinero para cubrir los gastos, principalmente de alimentación, lo cual concuerda con los datos publicados del INEGI (2017), que incluso especifica que el control de los recursos también es un medio de dominación.

Por otra parte, también se puede englobar la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres. Cabe decir que, a pesar de no contar en este estudio con información oficial del tiempo que se demoran las mujeres en solicitar algún tipo de servicio vinculado con su situación, el tiempo que las mujeres participantes de esta investigación tardaron en pedir apoyo desde la primera vez que acaeció un evento violento va desde los diez años a los quince años.

Esta información puede reflejar lo sostenido por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015, citado en ONU Mujeres, 2017), al estimar que menos del 40% de las mujeres violentadas buscan algún tipo de ayuda y aquellas que lo hacen, recurren primero a la familia y amistades.

Otro punto a destacar es que, tres de las mujeres de este estudio fueron canalizadas al servicio psicológico por medio de jurídico, es decir, no llegaron por sí mismas; esto sin duda abre la posibilidad de debate o al menos de cuestionarse, qué perspectiva es generada o con qué información cuentan los miembros de la sociedad respecto a la disciplina.

Esto demuestra tal como lo enuncia el INEGI (2008), que la búsqueda de algún tipo de ayuda y en especial la denuncia, continúa siendo una decisión complicada para las mujeres violentadas. En nuestro país, sólo el 11.1% de las mujeres casadas solicitan asistencia o denuncian los hechos ante la autoridad (INEGI, 2013). El porcentaje que denuncia a nivel nacional es mínimo y aunque se dificulta comparar las estadísticas presentadas con lo sucedido en el proceso de nuestra intervención, fue frecuente que las mujeres se negaran a denunciar, solamente una participante decidió llevar a cabo su proceso de demanda por violencia.

Estos hechos confirman lo estipulado por el INEGI (2012), al afirmar que una gran proporción de mujeres no denuncian los actos violentos hasta que son brutales o bien, afectan a sus hijos, puesto que la única participante que denunció (especificando que se trató de quien fue hospitalizada) afirmaba realizarlo por sus hijos ya que le ayudaría en la demanda de guarda y custodia. Por otro lado, los motivos del resto de las mujeres para no denunciar y que concuerdan con lo recopilado con el INEGI (2013), se encuentra que no le toman importancia a la denuncia o no les interesa y el miedo.

Aunado a ello y razones que no están documentadas como tal, las mujeres reportaron que querían evitar el desgaste tanto físico como emocional que conlleva iniciar un proceso de demanda, no deseaban denunciar al padre de sus hijos y por tratarse de una persona con la que establecieron un vínculo afectivo.

Con base en la experiencia en el Instituto Naucalpense de la Mujer relacionado con la denuncia, cabe destacar que uno de los objetivos principales que persigue el departamento de psicología es convencer a las usuarias en denunciar y/o separarse de su pareja, no obstante, dada la práctica y el contacto con las usuarias, surgen algunas cuestiones importantes de exponer.

En primera instancia, se pone en duda la pertinencia de la manera de proceder con esta práctica, ya que una mujer expresó sentirse presionada por la psicóloga del Instituto

desde el primer contacto, llevándola a mentir u ocultar información solicitada e incluso dudar en regresar, este hecho da cuenta de qué tan relevante es el establecimiento de la alianza terapéutica y el respeto de las decisiones de las usuarias. Esto pone en manifiesto cómo esta situación puede representar un malestar para las usuarias por la manera de proceder del personal del instituto, ya que por momentos pareciera que es más importante la denuncia que el bienestar psicológico o emocional de las mujeres. Nos atreveríamos a afirmar que la insistencia constante en que las mujeres denuncien está dirigido a cubrir el aspecto administrativo, al tratarse de una institución pública y se destinen recursos monetarios, es de esperarse que a sus empleados se les fijen metas y les exijan resultados periódicamente. Es cierto que la violencia se trata de un delito y en gran medida que se proceda en denunciar se visibiliza la situación, pero ¿cómo pueden los profesionales inmersos en este contexto realizar esta situación de manera efectiva?

Respecto al otro objetivo establecido por el INM tras ofrecer un seguimiento psicológico individualizado, esto es, el de propiciar la separación de la mujer con su pareja, también hay una serie de puntualizaciones que hacer. Igualmente que en el caso de la denuncia, durante el proceso terapéutico se suele enfocar el contenido de la sesión en convencer a la usuaria de separarse. Este hecho resultó un tanto controversial para nosotras prestadoras de servicio. En primera instancia debido al enfoque desde el que diseñamos la intervención y en general de la manera en cómo procedemos: para las mujeres casadas de este estudio, la situación de continuar viviendo con su esposo no representaba un problema e incluso, ellas contemplaban un plan de las maneras de proceder antes de intentar una separación.

En segundo lugar, se encuentran todas las variables que influyen y se correlacionan en la situación de violencia, asunto abordado más adelante, comprobando así, que la violencia es un fenómeno complejo que puede ser originado y mantenido multifactorialmente y en medida que se concentren estos factores aumenta la vulnerabilidad. Nuestra investigación se suma a los diversos estudios en los que se afirma que no hay una causa única que explique adecuadamente la violencia contra la mujer (ONU, 2006).

Continuando con el tema de la separación, considerada al parecer por el INM una manera de poner fin a la violencia, podemos confirmar lo explicado por Alberdi y Matas (2002, citado en INEGI, 2013), que en su mayoría el aspecto económico y los hijos obstaculizan dicho propósito, puesto que el divorcio no garantiza el término de la violencia ya que las visitas pueden probabilizar su reproducción.

Dicha situación sucedía con dos de los casos de las mujeres que ya estaban separadas; en este sentido nuestro proceso incluyó el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para este tipo de situaciones.

Sumado a lo anterior, en algunas ocasiones se pudo percatar la revictimización de manera indirecta por parte de los prestadores del servicio del INM hacia las mujeres. Estas acciones dan cuenta de la falta de una percepción más global del fenómeno que incluye los factores personales, familiares, sociales y culturales, tal como lo menciona Labrador, Paz, De Luis y Fernández-Velasco (2004) y la OMS (2017).

Concerniente a los factores que se encuentran vinculados en la violencia y que se han enlistado previamente en el marco teórico presentado en este trabajo, cabe decir que, cuatro de las mujeres de nuestro estudio tenían una edad comprendida entre los 20 y 39 años, rango que según datos del INEGI (2017), es la población de mujeres más vulnerable a ser víctima de violencia.

Igualmente los datos de nuestra población concuerdan con los del INEGI (2017) al documentar que las mujeres que cuentan con nivel de estudios de secundaria son las más violentadas.

Relativo al nivel de ingresos, se pudo denotar en la población estudiada, que tenían dificultades de acceso a una vivienda, los recursos monetarios obtenidos por ellas no lograban satisfacer todos los gastos o algunas no contaban con el control de dichos recursos, lo cual, como menciona la ONU (2006) obstaculizaban la toma de decisiones y de actuación.

La religión, de acuerdo con la ONU (2006), por lo general justifica la violencia contra la mujer y puede fungir como factor; cinco de las seis mujeres reportaron practicar o ser parte de una religión, predominando la católica. Es difícil aseverar que esta condición es un factor de riesgo en su totalidad, puesto que, se ha comprobado que la religión también

puede ser un factor protector, esto dada la oportunidad de incorporar actividades y ampliar la red social y en el caso del suicidio también cobra relevancia el principio de vida postulado.

Retomando el ámbito de las relaciones sociales, las usuarias reportaban contar principalmente con su familia central y en algunas no había establecidos círculos amistosos en inicio del proceso; afirmaban que sus parejas o exparejas les limitaban el contacto con otras personas ya sea integrantes de su misma familia o exteriores a esta. Esto también se vió reflejado en que la mayoría de las usuarias no realizaban tareas que no estuvieran vinculadas con el cuidado del hogar, de los hijos y de sus parejas o del pequeño empleo que tenían. Fueron frecuentes las afirmaciones de abandonar actividades que les agradaban y no poner en marcha nuevas tareas, de descuidar su apariencia física y cambiar su vestimenta.

Solis (2014) enuncia que el abuso de sustancias como el alcohol y psicotrópicos es un factor ya sea para la aparición de conductas violentas o, que su consumo sea a raíz de la situación de violencia, aspecto que no se corroboró en las mujeres participantes de esta investigación. No obstante, dados los estudios que señalan la presencia de este tipo de conductas, es uno de los puntos a considerar en la mejora del plan de intervención propuesto, de tal manera que sea más integral y con contenido preparado para este tipo de comportamientos y no descartar la posibilidad de la presencia de ello.

Por otro lado, otro factor de riesgo y que está vinculado con este estudio es el diagnóstico de algún tipo de trastorno mental, sin embargo, es complicado determinar si el trastorno mental es anterior o posterior a los hechos violentos (Loinaz, Echeburúa e Irureta, 2011). Las mujeres de nuestro estudio negaron algún diagnóstico de trastorno mental y algunas refirieron esta situación en algún familiar. También, dados los criterios de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional los síntomas explorados cuentan con cierta periodicidad y las mujeres los adjudicaban a los hechos de violencia. Esta serie de elementos pueden inclinar a afirmar que los síntomas asociados a los trastornos que se abordaron en este estudio son posteriores o dada la situación de violencia.

El riesgo que representa el nexo que existe entre el maltrato vivido en la familia y la violencia se manifiesta en la información con la que se cuenta de las usuarias, todas las mujeres reportaron que en sus familias de origen existieron comportamiento violentos,

principalmente de sus padres hacia sus madres y hacia ellas, es decir, lo experimentaron o fueron testigos. Este aspecto resulta sustancial ya que en la familia se establecen patrones de comportamiento y por ende, se aprenden habilidades para la resolución de conflictos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Además, concordamos con Echeburúa, De Corral, Fernández y Amor (2004) al mencionar que la familia es una de las instituciones en las cuales los comportamientos violentos se pueden repetir y prolongar fácilmente. Igualmente, cabe decir que en la mayor parte de los casos abordados, las situaciones de malos tratos tuvieron cabida al inicio del matrimonio o durante el noviazgo.

Con relación a lo anterior, se encontró, tal como lo afirma la OMS (2017), que las dificultades de comunicación entre los miembros, los conflictos y tensión dentro de las relaciones son factores de riesgo para vivir una situación de violencia.

Echeburúa y Muñoz (2017) afirman que una relación conflictiva disfuncional deriva del manejo inadecuado de los problemas cotidianos o de la gestión inadecuada de un proceso de ruptura. En nuestra intervención con las seis participantes, dada la evaluación, las observaciones y las demandas de las mujeres se contemplaron y trabajaron técnicas de habilidades sociales.

Por otra parte, se identificó que existen algunas limitaciones en el acceso a la información por parte de las mujeres, tal como establece el Servicio de Investigación Social de Fundación EDE (2017), que sucede y suele ser un factor asociado a la presencia de la violencia.

Esta es una situación considerable de retomar visto que, el INM dedica recursos humanos y materiales en la divulgación de medidas en contra de la violencia contra la mujer. Entre dichas acciones se encuentra la preparación en materia de violencia de género de los cuerpos policiales denominados “Policía de género” quienes tienen una gama de tareas que van desde la impartición de talleres en las comunidades del municipio hasta derivar y acompañar a las mujeres a los servicios correspondientes. También existe la difusión de talleres de psicología, así como la elaboración y propaganda de folletos anexando el teléfono de emergencia. También se cuenta con páginas de facebook y twitter en las que se publica contenido relacionado a las actividades del INM. A pesar de estas

formas de propagación de la información, sólo una usuaria tuvo acercamiento a estos medios, lo que pone en relieve la efectividad de sus estrategias y puntos de divulgación o bien, la importancia que la población le otorga.

Sumado a ello, se puede recalcar que las mujeres no conocían la gama de servicios a los que podían acceder e inclusive de la existencia del INM. Asimismo, el tipo de violencia que más reconocieron fue la física, reconociendo desconocer los otros tipos de violencia.

Este tipo de acciones también pueden dar cuenta de las consecuencias económicas que implica la violencia explicadas por la ONU (2006), esto es, de la inversión a servicios del sistema de justicia penal, de salud, servicios sociales, así como apoyos económicos y de asesoramiento.

Por otro lado, tres de las mujeres de este estudio, afirmaron presentar alguna enfermedad, y aunque las causas no son consistentes y no existe evidencia suficiente para adjudicarlas a la circunstancia de violencia, podemos apelar a que esta situación, puede agravar el estado de salud, si este ya se encuentra afectado, o en su defecto, puede ser un factor de riesgo para la presencia de enfermedades o complicaciones en la salud (OMS, 2014). En uno de los casos, como se pudo percatar, una de las mujeres refirió en su condición de salud, amenia. Una posible relación, concuerda a lo explicado por la ONU (2006) que añade la malnutrición y la pérdida de peso no saludable como una de las consecuencias frecuentes. Asimismo, todas las usuarias refirieron percibir una afectación en sus actividades cotidianas, tal como lo menciona Montenegro (2018).

Otro de los aspectos a examinar, es cómo esta situación de violencia es de una magnitud impredecible que puede afectar a terceras personas. Las mujeres participantes afirmaron que percibieron que la situación perjudicaba a las personas más cercanas a ellas, principalmente a sus hijos, tal como lo enuncian los datos del INEGI (2013).

Nuestros datos cualitativos coinciden con lo explicado por la ONU (2006) al dilucidar que los hijos de mujeres violentadas presentan un mayor riesgo de tener bajo rendimiento escolar y trastornos del comportamiento. Si bien, sólo dos mujeres reportaron dificultades escolares y problemas de conducta en sus hijos, en estos dos únicos casos se trató de menores de edad y se presentaban situaciones problemas ligadas con el establecimiento de límites y de violencia, ya que las mujeres comunicaron que sus hijos las

agredían, casos que pueden corroborar lo sustentado por Solís (2014) al mencionar que a medida que incrementan los niveles de violencia en la familia, aumenta la posibilidad de que una persona se involucre en el comportamiento violento.

Es cierto que la incorporación de la ciencia y la tecnología trae consigo cambios en el estilo de vida y con ello, en los estilos de interacción entre los individuos. El uso de dispositivos y redes sociales se han convertido en espacios en donde también tiene cabida comportamientos violentos (Servicio de Investigación Social de Fundación EDE 2017). Esta circunstancia se pudo identificar en tres de las usuarias más jóvenes, esto tal vez explicado, por la accesibilidad que tiene esta población a dichos medios. Las tres usuarias referidas mencionaron infidelidades por parte de su pareja por medio de internet además de dificultades en la comunicación cara a cara con la misma.

Todos los aspectos desarrollados en este apartado nos permiten dilucidar y dimensionar que la situación de violencia no puede ser atendida integralmente desde lo individual, aspecto en el que nos centramos dada nuestra intervención y el enfoque, sino que, hay que considerar todas las variables que se correlacionan.

Una posible alternativa para complementar es considerar en el área de intervención las esferas que incluye el Modelo ecológico de Bronfenbrenner, esto es, a nivel individuo, el nivel socio-psicológico y el nivel sociocultural. Para nuestras usuarias el panorama general vislumbraba: una sociedad sustentada en normas, prácticas y valores asignados de acuerdo a una jerarquía de roles de género; un gobierno municipal panista en el cual incluso, hablar de suicidio les resulta alarmante; acceso a empleos mal remunerados, más las características y aprendizajes individuales.

En conclusión, la TCC cuenta con respaldo práctico, permitiendo la ampliación de sus ámbitos de aplicación, y mostrando ventajas tal como la rentabilidad al ser limitada en el tiempo, con posibilidad de presentarse de manera grupal o individualmente y con la facilidad de integrarse en distintos ámbitos de tratamiento interdisciplinar (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Aunque nuestra investigación desde esta perspectiva teórica no logró mostrar significancia estadística, podemos afirmar que tuvo relevancia en el área clínica; puesto que existió magnitud del efecto de la intervención. Las posibles explicaciones de los resultados

obtenidos por la prueba Wilcoxon, que niegan nuestras hipótesis de investigación, las atribuimos principalmente al tamaño de la muestra con la que se trabajó. Molina (2015) explica que si bien, existe un efecto en una intervención, puede ser que el estudio no cuente con la potencia estadística suficiente de detectarlo puesto que, la potencia depende del tamaño del efecto y del tamaño de la muestra; ante una $p > 0,05$ no se puede concluir con seguridad que el efecto no es real. Por lo que se hace evidente la necesidad de aplicar esta intervención en poblaciones mayores, que permitan la implementación de un grupo control, con la finalidad de conocer si estos cambios en la sintomatología y en la percepción del bienestar general de las mujeres son estadísticamente significativos.

Además, en los resultados estadísticos es de considerar las diferencias individuales de las participantes en los puntajes obtenidos en la sintomatología y de las características de cada caso. Aunado a ello, consideramos que otro factor que influyó en los resultados fue el tipo de instrumento que se empleó, ya que este no permitió una medición más amplia de las variables estudiadas y con ello, la evaluación y su respectivo análisis.

Aun teniendo en cuenta las dificultades de tipo metodológico y práctico de esta investigación, nos atrevemos a sostener que nuestro estudio desde esta perspectiva demostró su eficacia, permitiendo afirmar el cumplimiento de nuestro objetivo general y objetivos específicos. No obstante, este trabajo cuenta con una de las limitaciones de las investigaciones clínicas al no poder generalizar nuestros resultados a la práctica clínica habitual, esto es, generalizar los efectos obtenidos a todas las mujeres que han estado expuestas a este tipo de sucesos.

La implementación y constante evaluación de los procesos psicoterapéuticos permite en gran medida mejorar la calidad del servicio que se ofrece y con ello la reducción de problemas clínicos, aumentando la percepción de calidad de vida de los usuarios, de ahí, parte de la importancia de estudio.

Cabe decir que, la conducta violenta requiere de intervenciones a múltiples niveles: individual, de grupo y a nivel de sistema. Si bien, nuestra intervención está en mayor medida enfocada a trabajar el aspecto individual, no es de minimizar los cambios e impactos acaecidos en otras áreas de la vida de las mujeres, tal como la familiar, la laboral y la social. De esta manera, la investigación futura deberá prestar atención a algunos puntos

identificados durante el proceso. El primero de ellos es considerar el desarrollo de un protocolo más estructurado para casos de comportamiento suicida, asimismo no subestimar otro tipo de situaciones problema que se han documentado en casos de violencia, tal como el consumo de sustancias o disfunciones sexuales y también incluir procedimientos basados en evidencia para trabajar con ello.

Otro aspecto a investigar e integrar es cómo llevar de manera óptima a cabo el trabajo multidisciplinario, específicamente con el ámbito legal y las mujeres, dadas las puntualizaciones ya mencionadas.

Relacionado a la investigación como tal, proponemos una evaluación más exhaustiva y detallada de los efectos del programa de intervención, esto traducido a considerar el análisis de las dimensiones de cada uno de los trastornos aquí abordados. Dichas dimensiones pueden ser evaluadas mediante los diversos indicadores que las componen, permitiendo mayor precisión en la selección de técnicas empleadas y por supuesto, en la efectividad de los programas y su calidad. Es necesaria la elaboración de estudios con el fin de analizar la eficacia de las diferentes estrategias de intervención y sus componentes.

Por otra parte, algunas propuestas que se pueden implementar en instituciones de carácter público, tal como el INM, giran en torno a trabajar también con la persona que ejerce violencia, evitando extender y aplicar únicamente medidas coercitivas. Esto basado en estudios que afirman que los tratamientos psicológicos de las personas que ejercen violencia son posibles y ofrecen unos resultados aceptables (Corsi, 1996; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997, citado en Echeburúa et. al, 2004).

Finalmente, es de suma importancia realizar acciones de tipo preventivo y no focalizarse únicamente en el área correctiva. En este sentido, el modelo cognitivo conductual ofrece la oportunidad de abordar y desarrollar programas que contemplen el desarrollo de habilidades sociales, de autocontrol y afrontamiento; contemplando los estilos de crianza y centrándose en el aprendizaje de conductas más funcionales y adaptativas.

La investigación realizada posibilitó hallar puntos de mejora en la intervención implementada, con el objetivo de conseguir procedimientos psicológicos más viables, y a

su vez acentuó la trascendencia de la práctica ética y de la formación e integración profesional.

REFERENCIAS

- Amorin, E., Jean, C., Rivera, L., y Rivera, S. (2015). *Acta de investigación psicológica*, 5, 2224-2239. doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30012-6)
- Arango, A. (2017). *Significados y percepciones de las secuelas psicológico emocionales de la violencia física en pareja*. Tesis de licenciatura. Universidad de las Américas. Quito, Ecuador. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6736>
- Arias, W. (2013). Psicología clínica y psicoterapia: revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2, 137-154. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de: <http://revistas.uigv.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/82/90>
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29611.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer Informe del Secretario General*. Recuperado el 28 de Marzo de 2018, de: http://www.ungei.org/N0641977_sp.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales: DSM-IV-TR* (revisión del texto de la 4ª ed.). Washington, D.C., E.U.A.: Autor.
- Bados, A. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. *Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona*. Recuperado el 13 de Mayo de 2018, de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/357/1/116.pdf>
- Bandura A. y Walters, R. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, España: Alianza.
- Barbosa, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, 16, 43-55. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1196>

- Bravo, M., C. y Vaquero, J., E. (2012). Descubriendo los tipos de estudio y diseños de investigación en Psicología. En Chávez, M. y Tron, R. (Eds.) *Análisis descriptivo en Psicología*. CDMX, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caballo, V., E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos V.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Caicedo, D. (2014). *Diferencias en la resiliencia según el género y el tipo de terapia psicológica recibida: terapia humanista y terapia cognitivo conductual*. Tesis de licenciatura. Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador. Recuperado el 9 de Junio de 2018, de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3228>
- Calvo, G. y Camacho, R. (2014). Gender violence: trends, impact and keys for approach. *Enfermería Global*, 13, 424-439. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es&tlng=en
- Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. (2018). *Código Penal Federal*. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>
- Carvajal, A. (2015). *Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático: resultado de un estudio piloto*. Tesis de maestría. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado el 23 de Junio de 2018, de: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficacia%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>
- Carrasco, M. y González, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4, 7-38. Recuperado el 12 de junio de 2018, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030758001>
- Ceberio, M. (2016). Terapia sistémica latinoamericana: ¿Es solamente una ilusión? *Interacciones*, 2, 99-108. Recuperado el 21 de Junio de 2018, de: <http://ojs.revistainteracciones.com/index.php/ojs/article/view/34/pdf>

- Cibanal, L. (2006). *Introducción a la terapia sistémica y terapia familiar*. Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Contreras, J. M., Both, S., Guedes, A., y Dartnall, E. (2016). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2017, de: <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/980>
- Cozby, P. (2005). Comprensión científica del comportamiento. En Cozby, P. *Métodos de investigación del comportamiento* (1-13). CDMX, México: MacGraw Hill.
- Chapi, J., L. (2012). Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15, 80-93. Recuperado el 28 de Marzo de 2018, de:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num1/Vol15No1Art5.pdf>
- Davins, M., Pérez, C., Salamero, M. y Aramburu, I. (2010). Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una experiencia. *Revista de Psicología, Ciències de l'Edcació i de l'Esport*, 1, 279-300. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de:
<http://revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/19/8>
- Devries, K., Mak, J., Bacchus, L., Child, J., Falder, G., Petzod, M.,... Watts, C. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicid Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*, 10, 0-0. doi:
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de*

- la Salud*, 1, 181-204. Recuperado el 14 de Julio de 2018, de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/3-eficacia.pdf>
- Echeburúa, E., De Corral, P., Fernández, J. y Amor, P. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?. *Papeles del Psicólogo*, 88, 20-28. Recuperado el 17 de Julio de 2018, de: http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/24-COP_hombres_violentos.pdf
- Echeburúa, E. y Muñoz, J., M. (2017). Límites entre la violencia psicológica y la relación de pareja meramente disfuncional: implicaciones psicológicas y forenses. *Anales de Psicología*, 33, 18-25. Recuperado el 17 de Julio de 2018, de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Violencia%20psico%C3%B3gica%20en%20la%20pareja.pdf>
- Espinosa, M., Alazales, M., Madrazo, B., García, A., y Presno, M. (2011). Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer latinoamericana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27, 98-104. Recuperado el 20 de Mayo de 2018, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100011
- Ferreiro, V., Ferrer, V., Bosch, E., Navarro, C. y Blahopoulou, J. (2015). Instrumentos para el análisis de los programas de intervención con maltratadores en casos de violencia de género aplicados en España. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 2, 11-22. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de: <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/2223/2341>
- Garay, C. y Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25, 125-134. Recuperado el 25 de Junio de 2018, de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281946990003.pdf>
- Gimeno-Bayón, A. (2017). Experiencia y existencia en las psicoterapias humanistas. *Revista de Psicoterapia*, 28, 207-229. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/177/65>
- Gómez, M., Danglot, C. y Vega, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70, 91-99.

- Recuperado el 16 de Agosto de 2018, de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp032i.pdf>
- González, A. (2015a). *Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de Violencia de Género. Primera parte Sobre la Violencia de Género*. Tesis de maestría. Universidad de Castilla-La Mancha. Castilla-La Mancha, España. Recuperado el 18 de Junio de 2018, de: https://previa.uclm.es/bits/n_articulo.asp?a=17-02#B5
- González, A. (2015b). *Tratamiento psicológico en mujeres víctimas de Violencia de Género. Segunda Parte: Tratamientos con mujeres víctimas de violencia*. Tesis de maestría. Universidad de Castilla-La Mancha. Castilla-La Mancha, España. Recuperado el 18 de Junio de 2018, de: https://previa.uclm.es/bits/n_articulo.asp?a=17-03
- González, G., J., Vega, M., G., Souza, E., y Pinto, L., W. (2017). Mortalidad por violencias y su impacto en la esperanza de vida: una comparación entre México y Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2797-2809. Recuperado el 28 de Marzo de 2018, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002902797&script=sci_abstract&tlng=es
- Guedes, A., García-Moreno, C. y Bott, S. (2014). Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. *Foreign Affairs Latinoamérica*, 14, 41-48. Recuperado el 23 de Junio de 2018, de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>
- Guerrero, R. y García, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*, 26, 269-280. Recuperado el 21 de Junio de 2018, de: http://copao.cop.es/files/contenidos/vol_26_2_9.pdf
- Guzmán, R. y Jiménez, M. (2015). El caleidoscopio de la violencia contra las mujeres en la pareja desde la desigualdad de género: una revisión de enfoques analíticos. *Revista de Estudios Sociales*, 54, 93-106. Recuperado el 13 de Junio de 2018, de: https://revistas.uniandes.edu.co/doi/full/10.7440/res54.2015.07#_i3

- Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Distrito Federal, México. Recuperado el 20 de Mayo de 2018, de: http://inprfed.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf
- Hiroto, D. y Seligman, M. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 311-327. Recuperado el 8 de Julio de 2018, de: <http://psycnet.apa.org/record/1975-10978-001>
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. y Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema-UNMSM*, 1, 123-136. Recuperado el 13 de Junio de 2018, de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945/10690>
- Ibáñez, C. y Echeburúa, E. (2015). Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica. *Clínica y Salud*, 26, 17-22. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.10.008>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2010). *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. Distrito Federal, México: IMSS. Recuperado el 13 de Junio de 2018, de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). *Diagnóstico y manejo del estrés postraumático*. Distrito Federal, México: IMSS. Recuperado el 12 de Junio de 2018, de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/515GER.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*. Distrito Federal, México: IMSS. Recuperado el 12 de Junio de 2018, de: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2008). *Panorama de violencia contra las mujeres, ENDIREH 2006*. Estado de México, México. Recuperado el 23 de Abril de

- 2017, de:
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825001545>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Panorama de violencia contra las mujeres en el Distrito Federal*. Distrito Federal, México. Recuperado el 23 de Abril de 2017, de:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2012). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2011: Marco conceptual*. Distrito Federal, México. Recuperado el 17 de Mayo de 2017, de:
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/endireh11_marco.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2013). *Panorama de violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos*. Distrito Federal, México. Recuperado el 17 de Mayo de 2017, de:
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825051266>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre)*. Distrito Federal, México. Recuperado el 08 de Mayo de 2018, de:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017_Nal.pdf
- Instituto Poblano de la Mujer. (2006). *Modelo de atención psicológica en casos de violencia familiar*. Puebla, México. Recuperado el 28 de Junio de 2018, de
cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Puebla/pue03.doc
- Jiménez, F. (2012). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia*, 19, 13-52. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v19n58/v19n58a1.pdf>
- Labrador, F., J. y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 117-130.

- Labrador, F., y Rincón, P. (2002) Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- Labrador, F., Fernández, R. y Rincón, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6, 49-68. Recuperado el 21 de Junio de 2018 de: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/117>
- Labrador, F., Paz, P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programas de actuación*. Madrid, España: Pirámide.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217-228. doi: [10.1348/147608306X117394](https://doi.org/10.1348/147608306X117394)
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia. (2015). Recuperado el 23 de Abril de 2017, de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 19, 421-438. Recuperado el 8 de Julio de 2018, de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/TM%20y%20victimizaci%C3%B3n.pdf>
- Martínez, H. (2017). Evaluación del riesgo de suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*, 1, 35-48. Recuperado el 17 de Julio de 2018, de: <https://vdocuments.mx/evaluacion-del-riesgo-de-suicidio.html>
- Martínez, M., Robles, C., Utria, L. y Amar, J. (2014). Legitimación de la violencia en la infancia: Un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 31, 133-160. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de: <http://www.redalyc.org/html/213/21330429007/>

- Matud, M., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34, 199-208. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>
- Medina, M., E., Sarti, E., J., y Real, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*. Recuperado el 25 de Mayo de 2018, de: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (ED.) (2017). *Impacto y consecuencias de la violencia contra las mujeres*. Lima, Perú: MIMP. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/MINEDU/5703/Impacto%20y%20consecuencias%20de%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Molina. M. (2015). *El fallo de la democracia*. Recuperado el 6 de Agosto de 2018, de: <https://www.cienciasinseso.com/tag/significacion-estadistica/>
- Montenegro, A. (2018). *Gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia física y psicológica en la Fiscalía General del Estado Unidad de Flagrancia*. Tesis de licenciatura. Universidad Central del Ecuador, Ecuador. Recuperado el 28 de Junio de 2018, de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15417/1/T-UCE-0007-PC053-2018.pdf>
- Nájera, E. (2016). *Análisis de comparación de medias, sobre un modelo de cohorte, entre intervenciones con y sin perspectiva de género en mujeres víctimas de violencia de género*. Tesis de licenciatura. Universitat de les Illes Balears. Illes Balears, España. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de: <http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4498/N%C3%A1jera%20Pomar%20Elena.%20TFG%202015-2016.%20An%C3%A1lisis%20de%20comparaci%C3%B3n%20de%20medias%20sobre%20un%20modelo%20de%20cohorte%20entre%20intervenciones%20con%20y%20sin%20perspectiva%20de%20g%C3%A9nero%20en%20mujeres%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20de%20g%C3%A9nero>

[20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20de%20g%C3%A9nero.docx?sequence=1&isAllowed=y.](#)

Organización de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado el 21 de Marzo de 2018, de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2018.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 01 de Junio de 2018, de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/Spanish%20study.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (2016). *Un marco de apoyo a la prevención de la violencia contra la mujer*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 01 de junio del 2018, de: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/a-framework-to-underpin-action-to-prevent-violence-against-women-es.pdf?la=es&vs=3748>

Organización de las Naciones Unidas (2016b). *10 elementos básicos para la prevención de la violencia contra las mujeres*. Recuperado el 1 de junio del 2018, de: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2016/essentials-for-preventing-vaw-es.pdf?la=es&vs=1703>

ONU Mujeres (2012). *Causas, factores de riesgo y de protección. España: Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas*. Recuperado el 7 de Junio de 2018, de: <http://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>

ONU Mujeres (2017). *Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado el 7 de Junio de 2018, de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Organización Mundial de la Salud (2013a). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Panorama general*. Washington, D.C., E.U.A. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98788/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud (2013b). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Femicidio*. Washington, D.C., E.U.A. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_38/es/
- Organización Mundial de la Salud (2013c). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 29 de Mayo de 2018, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2013d). *Violencia contra la mujer. Respuesta del sector de la salud*. Recuperado el 28 de Mayo de 2018, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia*. Ginebra, Suiza. Recuperado el 20 de Marzo de 2018, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Violencia contra la mujer: Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 1 de junio del 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Depresión*. Recuperado el 12 de Junio de 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Depresión*. Recuperado el 7 de Junio de 2018, de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., E.U.A. Recuperado el 02 de Mayo de 2017, de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., E.U.A. Recuperado el 02 de Mayo de 2017, de:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias*. Washington, D.C., E.U.A. Recuperado el 1 de junio del 2018, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44810/9789275316351_spa.pdf?sequence=1
- Ortega, J. y Alcázar, M., Á. (2016). Neurobiología de la agresión y la violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 60-69. Recuperado el 20 de Noviembre de 2017, de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016300022>
- Overmier, B. y Seligman, M. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33. Recuperado el 8 de Julio de 2018, de: <https://pdfs.semanticscholar.org/4adc/661f2204484ad0587326397861361cd6b501.pdf>
- Pérez, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación grupal basada en la inteligencia emocional*. Tesis de Doctorado. Universidad Ramon Llull. Barcelona, España. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_p_Lizeretti.pdf?sequence=1
- Prieto, M. (2014). Violencia de Pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista Enfermería Castilla y León*, 6, 93-97. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/122/103>
- Real Academia Española [RAE].(2018). Agresión. Madrid, España: Edición Tricentenario. *Rae.es*. Recuperado el 29 de Marzo de 2018, de: <http://dle.rae.es/?id=19W3MaW>
- Real Academia Española [RAE].(2017). Violencia. Madrid, España: Edición Tricentenario. *Rae.es*. Recuperado el 29 de Marzo de 2018, de: <http://dle.rae.es/?id=brdBvt6>

- Reyes, R. (2014). *Prevalencia de violencia: psicoemocional, física, sexual y económica contra la mujer en una relación de pareja*. Tesis de Licenciatura. Universidad Insurgentes. Distrito Federal, México. Recuperado el 24 de Julio de 2017, de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8QYSAY6EEYD566GV4Q6F7ECLALBDFGT2RIU97UMX3LVIKC3QJP-19643?func=find-b&request=Prevalencia+de+violencia%3A+psicoemocional%2C+f%3%ADsica%2C+sexual+y+econ%3%B3mica+contra+la+mujer+en+una+relaci%C3%B3n+de+pareja.&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=0&y=0&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- Rivera, L. (2014). *Incidencia de violencia durante el noviazgo y factores asociados: Adolescentes y adultos jóvenes del Estado de Morelos*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México. Recuperado el 8 de Agosto de 2017, de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8QYSAY6EEYD566GV4Q6F7ECLALBDFGT2RIU97UMX3LVIKC3QJP-07167?func=find-b&request=Incidencia+de+violencia+durante+el+noviazgo+y+factores+asociados%3A+Adolescentes+y+adultos+j%C3%B3venes+del+Estado+de+Morelos.&find_code=WTT&adjacent=N&local_base=TES01&x=0&y=0&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial Intervention*, 10, 191-199. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179815545010>
- Rosselló, J. y Bernal, G. (2007) *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión*. Río Piedras, Puerto Rico: Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico. Recuperado el 25 de Junio de 2018, de: http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf
- Ruíz, M., A., Díaz, M., I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid, España: Desclée De Brouwer.

- Andrés, P. (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En Ruíz-Jarabo, C. y Blanco, P. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección (17-38)*. Madrid, España: Díaz de Santos
- Salanova, M., y Llorens, S. (2016). Hacia una psicología positiva aplicada. *Papeles del Psicólogo*, 37, 161-164. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77847916001>
- Salkind, N. (1997). El papel y la importancia de la investigación En Salkind, N. *Métodos de investigación (1-15)*. CDMX, México: Prentice Hall.
- Sánchez, H. (2016). Los estilos de apego en mujeres con o sin violencia conyugal. *Revista IIPSI*, 19, 35-49. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12444>
- Segovia, P. (2014). *Violencia contra la mujer y dispositivos de atención psicológica*. Tesis de doctorado. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Recuperado el 23 de Junio de 2018, de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/5380/1/SEGOVIA.pdf>
- Servicio de Investigación Social de Fundación EDE (2017). *Análisis e interpretación de datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres en la CAPV. Datos estadísticos 2016 y primer semestre 2017*. Vasco, España. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/analisis_interpretacion_datos_violencia_mujeres_capv_2016_ps2017_cas.pdf
- Solis, S., A. (2014). *Factores de riesgo asociados a la violencia durante el noviazgo: Un estudio en alumnas de la Fes Zaragoza en las carreras de psicología y medicina*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México. Recuperado el 30 de Julio de 2017, de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8QYSAY6EEYD566GV4Q6F7ECLALBDFGT2RIU97UMX3LVIKC3QJP-10236?func=find-b&request=Factores+de+riesgo+asociados+a+la+violencia+durante+el+noviazgo%3A+Un+estudio+en+alumnas+de+la+Fes+Zaragoza+en+las+carreras+de+psicolog%C3%ADa+y+medicina.+&find_code=WTT&adjacent=N&local_base=TES01&x

- [=61&y=15&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=](#)
- Sosa, M., E. (2015). *La psicoterapia en violencia de género y consejería en salud sexual: un enfoque psicosocial- Reporte de casos*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México. Recuperado el 30 de Julio de 2017, de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8QYSAY6EEYD566GV4Q6F7ECLALBDFGT2RIU97UMX3LVIKC3QJP-14720?func=find-b&REQUEST=Miriam+Elizabeth+Sosa+Garc%C3%ADa&find_code=WAT&ADJACENT=N&local_base=TES01&x=79&y=13&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- Torróntegui, R., Flores, M., Peraza, F., Borrego, A. (2010). Un programa de intervención en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa*, 1, 20-25. Recuperado el 20 de Junio de 2018 de: <http://files.revmeduas.webnode.mx/200000013-5ed1260c4e/REVMEDUASVo11No4 CONTENIDO E INDICE.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México (2016). *El costo de la violencia contra las mujeres en México*. Recuperado el 7 de Junio de 2018, de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/184345/El costo de la violencia contra las mujeres en Mexico - oct 2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/184345/El_costo_de_la_violencia_contra_las_mujeres_en_Mexico_-_oct_2016.pdf)
- Yugueros, A., J. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 18, 147-159. Recuperado el 7 de Junio de 2018, de: <http://www.redalyc.org/html/3221/322132553010/>
- Zamora, S. (2017). *Terapia Ocupacional en violencia de género; "Hacia un nuevo proyecto de vida"*. Tesis de licenciatura. Universidad Miguel Hernández. Valencia, España. Recuperado el 24 de Junio de 2018, de: <dspace.umh.es/bitstream/11000/3243/1/Zamora%20Navarro%2C%20Soledad.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Guía de Intervención Psicológica para Mujeres en Situación de Violencia (Gallegos y Zúñiga, 2018)

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Manual del psicoterapeuta

Autoras:

Mónica Zúñiga Bautista y
Sugueyli Amayrani Gallegos Huerta

Investigadora responsable:

Dra. Carolina Santillán Torres Torija



Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Av. De los Barrios
#1, Los Reyes Iztacala, Estado de México, C.P. 54090.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

III. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

Sesión: Contención y Valoración

Sesión: Entrevista

Sesión 2: Relajación

Sesión: Reestructuración cognitiva

Sesión: Activación conductual (AC)

Sesión: Habilidades sociales (HS)

Sesión: Solución de problemas

Sesión: Exposición

Cierre

IV. CONSIDERACIONES FINALES

VII. ANEXOS

VI. REFERENCIAS

I. INTRODUCCIÓN

El presente manual está diseñado para el personal del servicio psicológico con el fin de ofrecer algunas herramientas terapéuticas necesarias en la atención de casos de violencia, en este sentido, el manual está estructurado para que los psicoterapeutas obtengan información y material que faciliten su trabajo sesión por sesión. Cabe decir que, al intentar establecer algunos criterios para la atención psicológica de las mujeres, predomina una gran preocupación en ofrecer un servicio oportuno, de calidad técnica e interpersonal y con procedimientos basados en evidencia con lo cual se esperan resultados eficientes.

De esta manera, el programa de atención a mujeres en situación de violencia se trata de un tratamiento breve de tipo cognitivo-conductual y su objetivo es promover un cambio en la posible sintomatología psicológica desarrollada a causa de tal situación, esto con la intención de evitar al máximo los problemas de salud y personales y potenciar el bienestar de las usuarias.

Asimismo, cabe destacar que dentro de la información que se aborda en el programa se incluye la evaluación de la sintomatología asociada a Depresión, Riesgo de Suicidio, Ansiedad Generalizada y Trastorno de Estrés Postraumático, así como y las técnicas de tratamiento en forma individual con sus respectivos formatos.

Dicho proyecto se trata de un estudio aplicado al cual se le dio espacio en el Instituto Naucalpense de la mujer. En dicho Instituto se llevan a cabo diversas acciones en pro del desarrollo integral de las mujeres, se diseñan planes y programas que propicien la igualdad de oportunidades, y establecen acciones que respondan a la Alerta de Género emitida en dicho municipio, atendiendo en coordinación con otras instancias, problemas de discriminación y violencia.

Justificación

El foco de interés por la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias en el bienestar de las mismas, así como en el desarrollo de las sociedades, ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, ya que se ha reconocido que la violencia, en sus diferentes formas, es un problema de salud pública con constante prevalencia y con cifras crecientes y alarmantes. Sin duda, los actos de violencia tiene una repercusión en el bienestar psicológico y las mujeres han sido una población altamente vulnerable a esta situación. Ante ello, las instituciones, tanto públicas como privadas, han asumido la responsabilidad de desarrollar intervenciones apropiadas para responder a las necesidades de salud mental de la población. De esta manera, en México se han dedicado esfuerzos por parte de los sectores académicos y de servicios públicos para buscar en conjunto soluciones que permitan reducir la prevalencia y atender integralmente las consecuencias que produce en los diversos ámbitos de la vida de las personas afectadas. Es relevante mencionar que, dada la alerta de violencia de género con las mujeres en once municipios del Estado de México, entre ellos, Naucalpan de Juárez, se suman cada vez más, acciones para proteger

los derechos humanos y la integridad de las mujeres, dando cabida a la atención psicológica.

II. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

En la actualidad al tocar el tema de la violencia y en específico contra la mujer, se ha encontrado que se trata de un concepto utilizado dentro de varios campos de estudio como la sociología, la antropología, el modelo jurídico, y como ya se ha mencionado también de la psicología.

En cada uno de estos campos existe una gran variedad de modelos de atención y explicación, Gómez (2012) menciona que, más allá de un modelo terapéutico o conjunto de conceptos y técnicas, la psicoterapia Cognitivo Conductual es considerada uno de los abordajes clínicos mayormente utilizado para la solución o modificación de problemas emocionales y conductuales.

Uno de los principios de este enfoque radica en el supuesto de que las conductas manifiestas no siempre son el problema por el cual el individuo solicita tratamiento psicológico; sino que, en la gran mayoría de veces son los pensamientos, sentimientos, auto-verbalizaciones, entre otras experiencias no manifiestas las que representan el malestar psicológico del individuo. Es por ello que para Lucke (2008, citado en Gómez, 2012), la psicoterapia cognitivo conductual inicia con un análisis contingencial, que busca encontrar los antecedentes, organísmicos y las consecuencias surgidas a partir de las respuestas realizadas por el individuo, y es a medida que este análisis progresa que el usuario comienza a ser capaz de organizar su situación de tal manera que le es posible establecer cierto orden en sus prioridades con respecto a la situación problemática que vive. Sin embargo, desde esta perspectiva es probable que debido a interferencias emocionales/psicológicas, como pueden ser la ansiedad y la depresión, el usuario se encuentre incapacitado para ejercer sus propios recursos para salir de la situación, en este caso de violencia, de manera óptima. Autores como Cáceres, Labrador, Ardila y Parada (2011) señalan además, que la violencia suele ser compleja, es decir, que no se presenta solo un tipo de violencia, sino que tiende a mostrar diferentes formas (física y/o psicológica y/o sexual, etc.).

Ahora bien, a las reacciones psicológicas consecuentes de los eventos potencialmente traumáticos se les conoce como trauma (Cáceres et al., 2011), el cual representa un rompimiento con el sentimiento de confianza del individuo consigo mismo, los demás y el mundo en general, teniendo como consecuencia una desadaptación de las personas al entorno. En el caso específico de la violencia, el enfoque cognitivo conductual, señala que las personas pueden presentar desregulación emocional o deterioro en la modulación de la activación, atención, cognición y conductas relacionales. Los síntomas más comunes son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Cáceres et al., 2011).

Además, es importante reconocer que algunas reacciones pueden llegar a precipitar sintomatología que a su vez conduzca a empeorar la situación o bien pueden desarrollar otros problemas psicopatológicos como trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, culpa, vergüenza, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, alcoholismo etc.

Asimismo, se presentan síntomas de activación fisiológica, hipervigilancia y estados de alerta, que se suelen intensificar cuando los eventos son frecuentes y repetidos, como en el caso de la Violencia (Cáceres et al., 2011).

No obstante es de gran importancia tener presente que el desarrollo del trauma dependerá del tipo de suceso y de las características psicológicas del individuo. Teniendo esto en cuenta la valoración y evaluación de las reacciones, así como el tratamiento deben ser planeados para que se ajusten a las condiciones y recursos del contexto de la persona. En la actualidad, independientemente de la forma de intervención, los investigadores clínicos son cada vez más conscientes de que los objetivos del tratamiento deben incluir no sólo la reducción de la gravedad de los síntomas, sino también de los síntomas asociados para mejorar la calidad de vida de la víctima (Cáceres et al., 2011).

III. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

El programa de intervención para mujeres en situación de violencia está diseñado para implementarse en el Instituto Naucalpense de la Mujer, dentro de las instalaciones del palacio municipal de Naucalpan de Juárez, Estado de México, no obstante, se pretende, pueda fungir como una guía de intervención que sea fácil de entender, aplicar y funcionar como una herramienta útil en cualquier contexto o institución dedicada a la prevención o tratamiento de personas violentadas. Cabe mencionar que el servicio psicológico para las mujeres violentadas está otorgado sin ningún criterio de exclusión adicional, es decir, toda mujer que acuda en busca de apoyo psicológico, será atendida sin importar el tipo de violencia y la magnitud de la misma.

Cabe enfatizar que la estructura del programa pretende, por lo tanto, abordar técnicas de corte cognitivo-conductuales sustentadas en evidencia empírica y documentadas en casos de violencia, es preciso señalar que dichas técnicas se encuentran sujetas a adecuaciones de acuerdo con los objetivos específicos de cada usuaria. Por otro lado, una de las características principales del programa es su duración de diez sesiones individuales, cada una de 60 minutos, con una periodicidad de una semana.

A continuación se presenta cada una de las sesiones desglosadas, especificando los objetivos, las actividades a realizar, los materiales necesarios y las tareas asignadas.

Sesión: Contención y Valoración

Siguiendo los criterios establecidos por el Instituto Naucalpense de la Mujer para brindar la atención psicológica, se plantea como primer contacto con las usuarias la contención y/o valoración del caso; que de acuerdo con el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2012), tiene como objetivo conocer la situación de las usuarias a través de una breve entrevista; en la que primordialmente se pretende favorecer la expresión de sentimientos en una atmósfera de respeto que brinde seguridad y confianza para las mujeres, con el fin de tranquilizarlas.

Por otra parte, es de gran importancia tener presente que dada la naturaleza de los casos la posibilidad de que las usuarias presenten episodios de ansiedad es mayor y que bajo ciertas condiciones es posible que aumente o se mantenga la activación fisiológica, por ello es que resulta indispensable ofrecer pautas de afrontamiento cuando sea necesario. Nuestra labor en estas situaciones y en los casos que se requiere, es identificar los síntomas y asistir a la usuaria para que éstos sean menores.

Finalmente, dado los lineamientos del Instituto Naucalpense de la Mujer, es en este primer acercamiento en el que se establece el tipo de servicio psicológico que las usuarias recibirán de acuerdo a su situación particular. De acuerdo con el caso, dicho servicio puede ser un seguimiento psicológico individualizado, una canalización a otras instituciones, la derivación a talleres o terapias de grupo dentro del mismo Instituto o a servicios de otros departamentos del mismo Instituto.

Objetivos

- Recabar los datos sociodemográficos de la usuaria e información del motivo de atención de manera general.
- Asistir a la usuaria con pautas de afrontamiento ante el episodio de ansiedad.
- Establecer el servicio de atención psicológica que mejor se adecúe al caso de la usuaria.

Material (Ver Anexo 1)

1.1 Guía de entrevista de valoración.

1.2 Hoja de asesoría del Instituto Naucalpense de la Mujer.

Procedimiento

1. Valoración

- En primera instancia se recibe a la usuaria sola, se le indica dónde tomar asiento y realizando el primer contacto en el cual se procura un tono de voz atento, la psicoterapeuta se presenta.
- A continuación, siguiendo los protocolos del Instituto Naucalpense de la Mujer, se obtienen los datos sociodemográficos teniendo como guía los formatos elaborados en el mismo instituto.

- En seguida con ayuda de la guía de entrevista se indaga, sin profundizar, sobre la situación de violencia y el o los motivos por los que solicita la atención psicológica; recordando en todo momento establecer un ambiente de confianza, seguridad y alentando la expresión de sentimientos y/o emociones. Asimismo, se considera básico cuestionar a la mujer qué es lo que le gustaría realizar.
- Posteriormente se hace una breve retroalimentación sobre lo expuesto por la usuaria y de manera conjunta se realizará un reforzamiento a la iniciativa de asistir al apoyo psicológico.

2. Contención

- Cabe destacar que la contención se realizará con usuarias que lo requieran y debe efectuarse previo a la entrevista.
- A continuación se presentan dos ejercicios breves posibles de aplicar para una respiración relajada. Para ambas situaciones se considera que la usuaria elija estar de pie, sentada o caminar, con la opción que más se sienta cómoda; en algunas ocasiones será de ayuda beber agua. Cabe resaltar que debe darse cabida a la expresión emocional, dar tiempo suficiente a la usuaria, esperar y tener un acercamiento que no sea intrusivo.
 - Ejercicio 1
Instrucciones:
 - ✓ Sé que puede ser difícil para usted pero es importante que lo intente hacer; le voy a pedir que respire por la nariz, más que por la boca con el fin de que su respiración se haga más lenta.
 - ✓ Ahora, inspire contando hasta encontrar un ritmo que sea lento y cómodo para usted, haga una pausa un momento, entonces expire contando de nuevo.
 - ✓ Asegúrese de que su respiración es suave, regular y continua.
 - Ejercicio 2
Instrucciones:
 - ✓ Le voy a pedir que junte sus manos (en posición de casa) y con ellas cubra su boca y nariz.
 - ✓ Ahora, va a continuar respirando en esa posición durante dos minutos o el tiempo que usted necesite hasta respirar cada vez más lento y suave.
- También, resulta importante explicarle a la usuaria que cuando estamos ansiosos nuestra respiración se acelera para preparar al cuerpo para el peligro y por ello se da la aparición de ciertas sensaciones corporales como la sudoración, la sensación de ahogamiento, opresión en el pecho, taquicardia y enfatizar que se tratan de respuestas normales porque su cuerpo reacciona y hace frente a una situación.

3. Cierre

- Dada la información recabada y considerando los elementos del caso, además de la disponibilidad de días y horarios, se determina el tipo de servicio psicológico que se ofrecerá a la usuaria; se programa cita y se hace entrega de un comprobante. Cabe enfatizar que, para fines de la intervención diseñada en este manual, se trabaja con las mujeres que son derivadas al seguimiento psicológico individualizado.
- Una vez que se proporcionó la información correspondiente al servicio que recibirá se procede a despedir, resaltando día y hora de la cita.

UNAHAM

Sesión: Entrevista

Siguiendo los lineamientos generales para la atención psicológica, el personal de psicología debe realizar una entrevista, esto con el fin de recabar información relevante de la situación problema. Por otra parte, la sesión de evaluación ayuda a la constitución de objetivos terapéuticos y al ser el primer contacto, es importante para el establecimiento de la alianza terapéutica, por ello Labrador, Rincón y Fernández-Velasco (2004) recomiendan la puesta en acción de habilidades como la comprensión empática, la escucha activa, esto es, evitar reacciones que generen una victimización secundaria, cuidar la comunicación no verbal, ser flexible, facilitar la expresión de emociones sin permitir el descontrol y ayudar a la mujer a que recuerde información.

Tal como establece el enfoque cognitivo-conductual, se debe propiciar el involucramiento activo del usuario dentro de este procedimiento así como en el posterior proceso de intervención con el objetivo de obtener mejores resultados.

Es así que se debe proceder a la recogida de información de la situación problema que permita establecer pautas de intervención. Para ello, previamente se ha elaborado una entrevista semiestructurada en la que se han concentrado diversos elementos relacionados con la situación problema.

Cabe señalar que adicionalmente se ha considerado la implementación de la entrevista motivacional. De acuerdo con Miller y Rollnick (1990), este tipo de entrevista se centra en que la persona explore y resuelva ambivalencias respecto a un comportamiento en particular con la finalidad de estimular el deseo de cambio, el cual será reflejado, por supuesto, en el estilo de vida de la persona. Entre los beneficios que aporta la entrevista motivacional es el aumento de la probabilidad de que un usuario comience, continúe y se adhiera a una estrategia terapéutica en particular.

Dada la importancia de una evaluación completa y oportuna se procede a explorar algunos apartados de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, a saber: Episodio depresivo mayor, ideación suicida, ansiedad generalizada y estrés postraumático.

Objetivos

- Recabar datos sociodemográficos faltantes de la usuaria e información más específica de la situación.
- Conocer la historia de violencia de la usuaria.
- Facilitar la expresión emocional y comprensión de la situación de la mujer.
- Aumentar la motivación para el cambio.
- Evaluar sintomatología asociada al evento (Pre).
- Informar el encuadre terapéutico a utilizar.
- Describir en qué consiste la violencia, tipos, ciclo y escalada.
- Explicar los objetivos del tratamiento.
- Establecer los acuerdos y compromisos terapéuticos con la usuaria.

- Fortalecer la alianza terapéutica.
- Seleccionar el programa de atención psicológica a aplicar.

Material (Ver Anexo 2)

- 2.1 Formato de consentimiento informado del Instituto naucalpense de la mujer.
- 2.2 Formato de consentimiento informado (Propio).
- 2.3 Guía de entrevista semiestructurada.
- 2.4 Guía de entrevista motivacional.
- 2.5 Formato de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI.
- 2.6 Infografía “Sí, la violencia tiene ciclo”.
- 2.7 Hoja de sesión.

Procedimiento

La sesión se llevará a cabo en el cubículo del instituto de la mujer de Naucalpan. Las actividades planeadas han sido organizadas en tres fases:

1. Rapport y entrevista inicial:
 - Se recibe a la usuaria sola y se procede a la presentación, realizando el primer contacto en el cual se procura un tono de voz atento. Se le indica dónde tomar asiento y la psicoterapeuta se presenta.
 - Se le explica la premisa principal del enfoque terapéutico y sus ventajas.
 - Se entrega el consentimiento informado del Instituto, y simultáneamente se explica las cláusulas ahí especificadas para posteriormente ser firmado.
 - Se establecen los acuerdos y compromisos terapéuticos con la usuaria de manera verbal; estos están orientados a la asistencia, acudir puntualmente, compromiso a realizar las tareas, participación activa en las sesiones, uso de celular y aviso de cancelación de cita u otra situación de similar índole.
 - Se informa del objetivo y actividades en general de la sesión.
 - Se solicita su autorización para entrevistar y a su vez justificar la necesidad de preguntar, asegurándole la confidencialidad de la información que proporcione y los límites de la misma.
 - En esta fase se hace uso de la Entrevista semiestructurada. Se indaga más del historia de maltrato: Tipos de maltrato, la duración, frecuencia e intensidad, cómo ha afectado la situación en su vida, qué estrategias de afrontamiento ha utilizado y los resultados obtenidos, red social. Asimismo se da cabida a la expresión de emociones, es decir, que la usuaria diga lo que piensa y siente.
 - Se estimula para que la mujer sea parte activa en resolver la situación y se le cuestiona qué es lo que necesita y cómo desea ser ayudada.
 - Se retoman puntos clave para proceder a realizar entrevista motivacional, en la cual se reconoce el problema, el nivel de preocupación, intención de cambio y optimismo.

- Se aplica de manera verbal y dirigida los apartados de la entrevista MINI.

2. Psicoeducación

- Se procede a aclarar a la usuaria los síntomas que se presentan a causa de la violencia y se enfatiza que lo que ella suele experimentar es una respuesta normal al tipo de situación.
- Con apoyo de material visual se le explica qué es la violencia, sus manifestaciones, la escalada y el ciclo de ésta. Se propicia la participación activa de la mujer dentro de la explicación, se ofrecen ejemplos cotidianos y sencillos.

3. Cierre de la sesión

- La terapeuta resume los aspectos que se abordaron durante la sesión y se cuestiona si con base a lo anterior, desea añadir más información relacionada.
- Se pregunta si la sesión trató de lo que quería y se le comunica el siguiente paso.
- Se refuerza la iniciativa de acudir a recibir atención psicológica.
- Se enfatiza el trabajo colaborativo y continuo para obtener mejoras, compartiendo metáfora del violín y del piano.
- Se concreta la próxima cita, confirmando día y horario. Se le invita a regresar.
- Despedida.

Sesión 2: Relajación

La relajación es probablemente la técnica más utilizada en las intervenciones psicológicas, siendo un elemento fundamental en algunos procedimientos, así, esta técnica ha sido seleccionada para esta sesión dada su pertinencia en el tratamiento de ansiedad. De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), el objetivo de la relajación es reducir el estado de actividad fisiológica con lo cual hace posible la recuperación de la calma, pero no sólo eso, ya que los efectos pueden influir considerablemente en las respuestas de tipo conductuales y cognitivas. Por lo tanto, el entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje gradual que posibilita poder enfrentar de manera eficaz diversas situaciones. Cabe recalcar que al conducir a la reducción de la actividad del organismo trae efectos benéficos en la salud física y psicológica, aumentando así, la calidad de vida de las personas.

También, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) enfatizan las condiciones requeridas para efectuar cualquier procedimiento de relajación, entre ellas se encuentran: ropa y lugar cómodo, instrucciones claras y precisas, esto aunado con un tono de voz suave y tranquilo. Además, es recomendable que previamente se le comente a la usuaria la posibilidad de que aparezcan respuestas físicas molestas durante el ejercicio y hacer hincapié que se tratan de respuestas normales que irán desapareciendo conforme el entrenamiento.

Objetivos

- Presentar el esquema de trabajo general.
- Comunicar el objetivo de la sesión.
- Valorar estado de ánimo de la última semana.
- Explicar la adquisición de miedos.
- Informar de las señales físicas y pensamientos en una situación de angustia.
- Informar los principios y beneficios de la técnica de respiración y relajación.
- Relacionar el uso de las técnicas de respiración y relajación a su situación problema.
- Practicar ensayos conductuales de respiración y relajación progresiva.
- Retroalimentar la ejecución de los ejercicios y participación en sesión.

Materiales (Ver Anexo 3)

3.1 Formato de plan de trabajo.

3.2 Infografía “Aspectos para recordar”.

3.3 Guía de ejercicio de relajación progresiva.

3.4 Autorregistro de ejercicio de relajación.

3.5 Formato “Valoración del estado de ánimo”.

3.6 Escala de Percepción Global de cambio (Echeburúa y Corral, 1987).

3.7 Hoja de sesión.

Procedimiento

1. Rapport y resumen
 - El rapport puede llevarse a cabo abordando temas neutros, posteriormente, la psicóloga realiza un resumen de lo que se hizo en la sesión anterior, se da paso a la revisión de tareas, para luego informar el objetivo de la sesión y las actividades a realizar. También se cuestiona si hay una situación de la que quisiera hablar ocurrida durante la semana.
 - Con apoyo de formato de estado de ánimo se cuestiona cómo se ha sentido en los últimos días, indagando las situaciones que se presentaron.
2. Psicoeducación
 - Se comunica el plan de intervención que se llevará a cabo durante las sesiones de trabajo, enfatizando las técnicas a utilizar y los efectos positivos de éstas para mejorar la calidad de vida. Se aclaran dudas que la usuaria llegue a formular al respecto.
 - La psicóloga procede a esclarecer el impacto psicológico de la violencia, enfatizando en esta sesión la descripción de las características generales de una situación de miedo o de angustia. Se le comenta a la usuaria que se tratan de respuestas normales ante una experiencia de maltrato.
 - Se explica el aprendizaje y mantenimiento del miedo dando cabida a aclarar lo denominado “desesperanza aprendida” en caso de la violencia.
 - Se aclaran dudas o comentarios que puedan surgir.
3. Respiración y relajación muscular progresiva
 - Se argumentan los beneficios de la respiración y la relajación (muscular progresiva).
 - Se entrega una infografía como complemento a lo abordado, la cual contiene concretamente los pasos a seguir, lo cual pretende, pueda fungir como guía en las prácticas en casa.
 - Se hacen ejercicios de cada técnica, empezando por respiración y en segundo lugar con relajación muscular. En ambos casos se implementa el modelado e instrucciones, dando pautas que faciliten su ejecución. Posteriormente, se ofrece retroalimentación del desempeño de la usuaria, reforzando las conductas que cumplan con el criterio del ejercicio y se le cuestiona cómo se sintió y si considera pertinente dicha técnica. En caso de ser negativa la respuesta, se puede implementar otra modalidad de respiración y relajación de acuerdo a sus intereses y habilidades.
4. Evaluación de la sesión
 - Se le pide a la usuaria que responda la *Escala de Percepción Global de cambio*. Para ello se le notifica el para qué del cuestionario y se procura formular las

instrucciones de manera clara y se le externa que en cualquier momento puede comunicar sus dudas.

5. Cierre

- Se elabora un resumen de la sesión resaltando los puntos más importantes de ésta, además se refuerza a la usuaria por aceptar ingresar al programa.
- Se solicita retroalimentación por parte de la usuaria del trabajo realizado en sesión.
- Finalmente se asignan las tareas, la primera de ellas, consistirá en practicar los ejercicios de respiración y relajación progresiva por lo menos tres veces al día, esto es, después de despertarse, antes de acostarse y después de alguna comida o de otra actividad cotidiana. Se le indica que debe llenar el autorregistro de relajación con las especificaciones descritas. La segunda tarea consiste en registrar diariamente cómo se sintió. Para ambos casos es imprescindible que la psicóloga muestre el formato, ofrezca las instrucciones claramente, acompañadas de un ejemplo y a su vez, solicite uno a la usuaria para cerciorarse que no haya dudas.
- Se acuerda hora y día de la próxima sesión.
- Despedida.
- El/ la psicoterapeuta llena hoja de sesión.

Sesión: Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica básica, aunque no sencilla y de las más utilizadas por el terapeuta cognitivo-conductual. El supuesto central de ésta técnica es que no son los acontecimientos los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las interpretaciones de dichos acontecimientos. De acuerdo con Clark, (1989, citado en Bados y García, 2010), la reestructuración cognitiva consiste en que el usuario(a) identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos con el fin de que queden sustituidos por otros más apropiados y con ello reducir o bien, eliminar la perturbación emocional y/o conductual. Así, la función del psicoterapeuta, consiste en formular una serie de preguntas y diseñar experimentos conductuales para que las personas evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos.

Cabe decir que, en ésta sesión se ha determinado el uso del A B C; se trata de un modelo que facilita la identificación de las creencias, basándose en la relación entre las cogniciones, emociones y conductas. Cada letra de la fórmula, representa un significado, primeramente, A es el acontecimiento activador, es decir, lo que sucedió; B son los pensamientos y creencias acerca del acontecimiento activador, traducido en: “¿qué pensaste?”, y por último, las consecuencias emocionales y conductuales (C).

Objetivos

- Revisar la valoración del estado de ánimo de la última semana.
- Explicar la influencia de los pensamientos en las emociones y en la conducta y los tipos de pensamientos ineficaces.
- Justificar el uso y beneficios de la técnica de reestructuración cognitiva y aclarar el modelo de ABC.
- Indagar la percepción de la triada cognitiva de la usuaria.
- Identificar supuestos lógicos, actitudes o reglas bajo los que opera la usuaria.
- Elaborar un registro de ABC identificando los pensamientos distorsionados de situaciones específicas cotidianas.
- Identificar, debatir los pensamientos y sustituirlos por otros más apropiadas para conseguir el cambio emocional y conductual deseado.
- Adiestrar a la usuaria para que autocontrole y sustituya pensamientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.

Materiales (Ver Anexo 4)

- 4.1 Infografía “Estilos ineficaces de pensamientos”.
- 4.2 Formato de registro de pensamientos.
- 4.3 Formato de registro ABC.

4.4 Formato “Valoración del estado de ánimo”.

4.5 Guía de preguntas.

4.6 Escala de Percepción Global de cambio (Echeburúa y Corral, 1987).

4.7 Hoja de sesión.

Procedimiento

1. Rapport y revisión de tareas

- Al igual que en la sesión anterior y como elemento común en todas las sesiones, una fase importante es el establecimiento del rapport; al inicio de la sesión se recibe a la mujer y se entabla una conversación neutra. Posteriormente se le cuestiona si ocurrió algo relevante durante la semana que quisiera fuera abordado.
- Se procede a la revisión de tareas, se analiza el cumplimiento, se ofrece retroalimentación y se aclaran dudas respecto al contenido o dificultades que se presentaron, también se aceptan comentarios u opiniones de la actividad. Se proporciona reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos que haya efectuado.
- Se obtienen los indicadores del estado de ánimo y se indaga brevemente respecto a ello.

2. Psicoeducación

- Se comunican los objetivos de la sesión y brevemente el contenido de la misma.
- Se procede a dilucidar, tal como en la primera sesión, cómo las cogniciones están interrelacionadas con las emociones y la conducta y se describen las diversas formas de pensamientos que no son eficaces y se ejemplifica algunos de ellos. Así mismo, se da una breve explicación de las creencias irracionales y racionales.

3. Reestructuración cognitiva

- Se explica a la usuaria de qué trata la reestructuración cognitiva, se explican y ejemplifican los elementos que están involucrados en un A-B-C.
- Se procede a realizar un ABC con participación activa de la usuaria. En este ejercicio, se lanzan algunas preguntas base y realiza debate.
- Posteriormente, se pide a la participante que realice el siguiente ejercicio: Debe cerrar sus ojos e imaginarse que está frente a un espejo y responder a preguntas relacionadas con la tríada cognitiva, por ejemplo: ¿Qué piensa cuando se ve al espejo?, ¿Cómo ve a los demás?, ¿Cómo se ve en el futuro? La psicoterapeuta, simultáneamente anota en una lista los pensamientos que reporte la usuaria y posteriormente se delimitan para trabajar.

- Una vez obtenida la lista de pensamientos que causan malestar, se procede a describir las situaciones. Se le pide a la mujer que retome acontecimientos o épocas de su vida en las que los pensamientos que ya mencionó se presentaron. Tiene que especificar qué ocurrió, cuándo ocurrió y dónde se encontraba. Las respuestas son escritas por la usuaria en el formato correspondiente.
 - Se le pide a la usuaria que los pensamientos registrados, los trate de clasificar con base en la lista de los modos ineficaces de pensar que previamente se desglosaron.
 - Se debate cada pensamiento que causa malestar propiciando generar una conclusión diferente.
 - Se enfatiza que la idea última y decisiva es que cuando ella CAMBIA esos pensamientos autocríticos ilógicos, puede CAMBIAR su forma de SENTIR, por ello, ahora debe de escribir un pensamiento alternativo. En este apartado la pregunta guía es: ¿Resultan mis pensamientos positivos, convincentes y verídicos?
 - Retomando la lista de pensamientos ineficaces se le pide a la mujer que lea sus pensamientos en viva voz, uno por uno, utilizando la primera persona (“yo pienso”).
 - Después, debe defenderse a sí mismo ante sus pensamientos autocríticos, utilizando la segunda persona (“tú debes...”). Se le sugiere que se hable a sí mismo de la misma manera que lo haría con una persona cercana que tuviera un problema similar. Se le cuestiona cómo se sintió con el ejercicio y se retroalimenta su desempeño y se aclaran dudas.
4. Evaluación de la sesión
- Al igual que en la sesión anterior y como un continuo en todas las sesiones, se le pide a la usuaria que responda la *Escala de Percepción Global de cambio*, esto con las mismas instrucciones que ya se han ofrecido antes.
5. Cierre
- Se realiza la asignación de tareas, la cual consiste en la práctica de los ejercicios asignados en la sesión anterior, dependiendo la técnica abordada.
 - Se repasan los criterios del llenado del registro ABC y se le pide que devuelva la información que se ofreció con el fin de verificar que comprendió las instrucciones y se le pide que realice el llenado de un ABC en casa de una situación cotidiana. Se le hace entrega del formato de “Guía de preguntas” para que practique el cuestionamiento. También, se hace entrega de formato de valoración del estado de ánimo para que registre cómo se sintió en general cada día de la semana; hay que cerciorarse de que no queden incertidumbres respecto al llenado y en general de las tareas.
 - De ser necesario, se dejan experimentos conductuales de acuerdo a la situación. Se le pide mantenerse atenta a las situaciones en las que se presentan los pensamientos

que se trabajaron en sesión y que trate de suplirlos por los pensamientos alternativos que se generaron.

- Se ofrece reforzamiento diferencial.
- Despedida.
- Llenado de hoja de sesión.

UNIVAM

Sesión: Activación conductual (AC)

La AC es un tratamiento que bien puede ser autónomo o parte importante de un tratamiento de carácter cognitivo-conductual habitual para la depresión. El uso de este tratamiento como parte de la presente intervención se debe principalmente a que no solo se busca aumentar las actividades agradables, puesto que, como menciona Pérez (2007), no se trata solo de hacer por hacer o por mantenerse ocupado, sino de hacer algo funcional y con sentido práctico para las personas.

La AC se basa en la premisa de que las situaciones en la vidas de las personas vulnerables reduce su capacidad de experimentar la gratificación de sus entornos lo que desencadena los síntomas y las conductas clasificadas como depresión (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2013). Puesto que la AC presta atención también en los procesos que reprimen la activación, tales como las conductas de huida y evitación, se requiere enseñar a las mujeres a ser activas, a pesar de sus estados emocionales, con el fin de que actúen de acuerdo a objetivos de su interés en vez de a la forma en que se sienten.

Objetivos

- Revisar la valoración del estado de ánimo y tareas.
- Presentar información sobre el procedimiento de AC.
- Identificar las actividades que realiza, las que ha dejado de hacer, las rutinas perdidas y el papel de familiares y amigos.
- Establecer metas terapéuticas en distintas áreas de actividad.
- Fijar un plan de acción para la realización de diferentes tareas de manera gradual.
- Fomentar en la usuaria la búsqueda de actividades que le sean agradables y le ayuden a visualizar que hay otras cosas más allá de la violencia.
- Motivar la búsqueda de nuevas relaciones de amistad o recuperar las que ya tenía.
- Favorecer la integración a grupos lúdicos y/o terapéuticos.
- Fomentar conductas de independencia y de autonomía.

Materiales (Ver Anexo 5)

5.1 Infografía “Activación Conductual”

5.2 Tabla de actividades de la activación conductual: Actividades planeadas (Martell, Dimidjian, y Herman-Dunn, 2013).

5.3 Listado de Actividades Agradables.

5.4 Formato “Valoración del estado de ánimo”.

5.5 Escala de Percepción Global de cambio (Echeburúa y Corral, 1987).

5.6 Hoja de sesión.

Procedimiento

1. Rapport, revisión de tareas y resumen

- En primera instancia se realizará el rapport correspondiente a través de una breve charla y se pregunta si desea abordar en sesión algo de lo sucedido en la última semana.
 - A continuación se hará un resumen de lo realizado en la sesión anterior, respondiendo a dudas y aclaraciones. Así mismo se realizará la revisión de las tareas asignadas, analizando el cumplimiento, se ofrece retroalimentación y se aclaran dudas respecto al contenido. Se proporciona reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos que haya efectuado.
 - Se retoma el estado de ánimo de la última semana indagando qué sucedió.
 - En seguida se iniciará con la presentación correspondiente de los objetivos de la sesión y las actividades a trabajar.
2. Psicoeducación
- Con ayuda de una infografía se procede a explicar a la usuaria de manera precisa los conceptos básicos de la AC, enfatizando en los principios fundamentales propuestos por Martell et al. (2013).
3. Activación conductual
- Con ayuda del registro diario sobre su estado de ánimo y la elaboración breve de un registro de actividades cotidianas, se enlistarán las actividades realizadas, así como las que ha dejado de hacer, las rutinas perdidas y el papel de familiares y amigos.
 - Una vez realizado este listado se pedirá a la usuaria que seleccione las actividades que considere convenientes mantener, eliminar, recuperar y/o establecer.
 - A continuación se pedirá que jerarquice, de mayor facilidad a mayor dificultad, las actividades que se pretenden recuperar y/o establecer para a continuación, con ayuda de la “Tabla de actividades de la activación conductual: Actividades planeadas”, se estipulará la fecha y el momento del día en que se llevarán a cabo dichas actividades, teniendo en cuenta la duración y la frecuencia de las mismas durante la semana. Es importante recordar que la AC se debe iniciar con tareas simples que irán aumentando de dificultad poco a poco. Así como enfatizar en que la realización de estas tareas no debe depender del estado de ánimo o el interés por estas, sino de la planeación realizada.
 - En el caso de que la usuaria muestre dificultades para establecer nuevas actividades se le proporcionará un listado de Actividades agradables con el fin de facilitar la elección de actividades planeadas.
4. Evaluación de la sesión

- Como en las sesiones anteriores, se le pide a la usuaria que responda la *Escala de Percepción Global de cambio*. Utilizando las mismas instrucciones que en las veces anteriores.

5. Cierre

- Se elabora un resumen de la sesión resaltando los puntos más importantes de ésta, se aclararán dudas existentes sobre lo visto y se recordará la importancia de realizar las actividades conforme a lo planeado en la sesión.
- Se asigna la tarea de llevar a cabo un autorregistro de las actividades planeadas y realizadas, para ello se le entregará el formato de “Tabla de actividades de la activación conductual”, se revisarán las instrucciones de manera conjunta, aclarando dudas. Además, se hace entrega del formato de “Valoración del estado de ánimo” indicando que diariamente señale cómo se sintió y en qué escala.
- Se acuerda hora y día de la próxima sesión.
- Despedida.
- Llenado de hoja de sesión.

Sesión: Habilidades sociales (HS)

De acuerdo a Caballo (1987, citado en Caballo 1993), la conducta socialmente habilidosa se define como “... el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación inmediata, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Es por ello que la importancia de las HS adecuadas en las relaciones interpersonales representan una contribución importante en la capacidad personal de los individuos, dado que, como menciona Casas (2003), la incompetencia social supone una baja aceptación, aislamiento social por parte de los iguales, problemas emocionales, problemas escolares, desajustes psicológicos infantiles, psicopatologías, delincuencia juvenil y problemas de salud mental en la edad adulta, etc.

Para evitar esta situación es esencial contar con un repertorio de capacidades o conductas para interactuar con los iguales de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Caballo (1993) argumenta que ningún niño nace siendo simpático, tímido o socialmente hábil, sino que a lo largo de la vida va aprendiendo a ser de un modo determinado, de tal forma que las respuestas que emite en una situación interpersonal dependen de lo que aprendió en sus interacciones anteriores con el medio social, es decir, depende de su experiencia previa. Siendo así que el entrenamiento en HS se encuentra entre las técnicas más efectivas y frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, para la mejora de la interacción interpersonal y para la mejora general de la calidad de vida (Caballo, 1993).

Objetivos

- Presentar a la usuaria el concepto de las habilidades sociales
- Explicar la importancia y principios básicos de la comunicación y la asertividad.
- Practicar e integrar en el repertorio conductual de la usuaria el estilo asertivo de la comunicación.
- Desarrollar estilos y estrategias interpersonales más adaptativas ante situaciones específicas.

Materiales (Ver Anexo 6)

- 6.1 Infografía “Habilidades Sociales” (Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México, 2017).
- 6.2 Infografía “Estilos de comunicación”.
- 6.3 Formato de registro para la evaluación de las habilidades sociales (Caballo, 1999).
- 6.4 Escala de Percepción Global de cambio (Echeburúa y Corral, 1987).
- 6.5 Formato “Valoración del estado de ánimo”.

6.6 Hoja de sesión.

Procedimiento

1. Rapport, revisión de tareas y resumen

- Tal y como se realiza en todas las sesiones, se establecerá el rapport mediante una pequeña charla sobre algún tema imparcial para después preguntar si hay alguna situación acaecida de la que quisiera hablar.
- En seguida se hará un resumen de lo realizado en la sesión anterior, respondiendo a dudas y aclaraciones. Así mismo se realizará la revisión de las tareas asignadas incluyendo el registro de estado de ánimo, analizando el cumplimiento, se ofrece retroalimentación y se aclaran dudas respecto al contenido o dificultades que se presentaron. Se proporciona reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos que haya efectuado.
- Posteriormente se iniciará con la presentación correspondiente de los objetivos de la sesión y las actividades a trabajar.

2. Psicoeducación

- En primera instancia se dará a conocer a la usuaria el concepto de habilidades sociales, de manera sencilla y clara, enfatizando que se trata de habilidades que cada individuo desarrolla debido a sus experiencias, por lo que es posible que se desarrollen nuevas HS con entrenamiento; todo ello con ayuda de la infografía de “Habilidades sociales”.
- Con apoyo de una segunda infografía se explicara a la mujer los diferentes estilos de comunicación existente remarcando la diferencia entre las conductas asertivas, pasivas y agresivas. Para una mejor comprensión se hará uso de ejemplos en los que se marque detalladamente las diferencias entre cada estilo.
- Se comunicará de manera breve algunos de los derechos asertivos.
- Se abordarán los elementos paralingüísticos, verbales y no verbales necesarios para una comunicación efectiva.
- Así mismo se le explicará la importancia y las ventajas del desarrollo de habilidades de comunicación adecuada y la relación con su situación problema.
- Se aclaran dudas y observaciones en cada paso con el fin de que los conceptos queden claros, así mismo se pedirá a la usuaria que explique con sus propias palabras para reafirmar la comprensión de los mismos.

3. Asertividad y Comunicación

- A continuación, de manera conjunta, usuaria y terapeuta, identificarán y describirán situaciones cotidianas reales y recientes (quién, cómo, cuándo, dónde) en las cuales se determinará el estilo de comunicación (asertivo, pasivo, agresivo, etc). Una vez

identificado se pedirá a la usuaria que, de acuerdo a lo visto en la sesión, genere alternativas de solución asertiva en estas situaciones. Para ello se puede hacer uso de un guión el cual debe englobar los elementos de la comunicación que fueron previamente abordados.

4. Ensayo conductual

- Una vez identificados los conceptos de la comunicación asertiva, se alentará a la usuaria a realizar ensayos de conducta correspondientes a las reglas de comunicación.
- Se iniciara con situaciones neutras e hipotéticas que podrían suceder en el día a día, para posteriormente proceder con situaciones de la vida de la usuaria.
- En cada uno de los ensayos se utilizarán las técnicas de role playing, modelamiento y moldeamiento, así como el uso del reforzamiento y la retroalimentación. De ser necesario se optará por ofrecer instrucciones. El número de ensayos dependerá del avance de las mujeres.

5. Evaluación de la sesión

- De igual forma que en las otras sesiones se le pide a la usuaria que responda la *Escala de Percepción Global de Cambio*. Para ello se le hará entrega del cuestionario y de ser necesario se reparan las instrucciones de manera clara, y expresará que en cualquier momento puede externar sus dudas.

6. Cierre

- Se establecerá la tarea de realizar un registro de situaciones en las que han actuado habilidosamente y de las situaciones en las que les gustaría haber actuado así. Se les recalcará la importancia de poner en práctica la(s) conducta(s) ensayada(s), con el fin de que estas se vuelvan algo natural en su forma de comportarse en las diferentes situaciones. Se hace entrega del formato de valoración del estado de ánimo para que sea llenado a lo largo de la semana.
- Se acuerda hora y día de la próxima sesión.
- Despedida.

Sesión: Solución de problemas

El Entrenamiento en Solución de Problemas (ESP), propuesto por D'Zurrilla y Goldfried en 1971 tiene el objetivo de proveer a los individuos de las habilidades necesarias para afrontar las experiencias estresantes de la vida y de esta forma conseguir identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficaces, en pocas palabras, se trata de incrementar la habilidad de las personas para solucionar problemas (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012).

El ESP se trata de un proceso sistematizado que se adapta al usuario que recibe el entrenamiento, ajustándose a los problemas delimitados que generan o agravan la sintomatología que presenta el individuo. Consiste en un proceso de aprendizaje, una estrategia general de afrontamiento y un método de autocontrol, puesto que ayuda a dar cuenta de la variedad de alternativas de respuesta para hacer frente a situaciones problemáticas; a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre estas alternativas, es decir, entre más alternativas mayor oportunidad de encontrar la solución más adecuada (Guerra, s.f).

Objetivos

- Explicar y presentar el procedimiento de la técnica de Solución de Problemas.
- Poner en práctica el procedimiento de solución de problemas paso a paso.

Materiales (Ver Anexo 7)

- 7.1 Infografía “¿Cómo solucionar un problema?”.
- 7.2 Tabla de registro de solución de problemas.
- 7.3 Formato “Valoración del estado de ánimo”.
- 7.4 Escala de Percepción Global de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987).
- 7.5 Hoja de sesión.

Procedimiento

1. Rapport, revisión de tareas y resumen
 - Como se realiza en todas las sesiones, se establecerá el rapport mediante una pequeña plática sobre algún tema imparcial y si lo demanda la usuaria, retomando alguna situación que haya sucedido en la semana.
 - En seguida se hará un resumen de lo realizado en la sesión anterior, respondiendo a dudas y aclaraciones. Así mismo se realizará la revisión de las tareas asignadas, incluyendo el registro del estado de ánimo, se ofrece retroalimentación y se aclaran dudas respecto al contenido. Se proporciona reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos que haya efectuado.
 - Posteriormente se iniciará con la presentación correspondiente de los objetivos de la sesión y las actividades a trabajar.

2. Solución de problemas
 - Se explicará la base teórica de la terapia de Solución de Problemas. Haciendo énfasis en la importancia de que las situaciones por sí solas no son un problema, sino que la falta de respuesta ante esta es lo que representa el problema.
 - A continuación se expondrán los pasos del procedimiento de solución de problemas de manera detallada y lo más clara posible, apoyándose del material correspondiente.
 - De manera conjunta, usuaria y terapeuta, pondrán en práctica el procedimiento de solución de problemas utilizando ejemplos de la vida cotidiana de carácter neutral con el objetivo de aclarar dudas.
3. Entrenamiento en Solución de Problemas
 - En seguida se pondrá en práctica el procedimiento paso a paso de manera detallada, con una situación de la vida cotidiana de la usuaria que perciba como problemática. Se ofrecerá retroalimentación y reforzamiento de lo practicado y ejecutado.
4. Evaluación de la sesión
 - Se le pide a la usuaria que responda la *Escala de Percepción Global de Cambio*. Para ello se le hará entrega del cuestionario ofreciendo las instrucciones.
5. Cierre
 - Reforzar participación en sesión.
 - Se establecerá la tarea de realizar un registro de situaciones en las que ha puesto en práctica el procedimiento de solución de problemas, y que ponga en marcha la solución elegida y evalúe cómo funciona. También deberá efectuar el llenado del registro de estado de ánimo.
 - Se establecerá hora y día de la siguiente sesión
 - Despedida
 - Llenado de hoja de sesión

Sesión: Exposición

En lo referente al tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la terapia de exposición ha sido designada como la primera opción debido al peso de la evidencia (Ruiz, Díaz, y Villalobos, 2012); dado que la eficacia de estos procedimientos, unidos o no a otras técnicas cognitivas y/o conductuales, se ha demostrado en diferentes poblaciones desde accidentes de tráfico, víctimas de violación, abuso sexual infantil, tortura, combate, etc. De acuerdo con Bados y García (2011), la exposición reduce en el postratamiento y seguimiento los síntomas de reexperimentación, los de evitación y activación fisiológica, así como la ansiedad y la depresión.

Esta técnica consiste en afrontar sistemáticamente situaciones o estímulos que generen ansiedad y el usuario debe confrontarse a la situación temida hasta que la emoción o el impulso de realizar una determinada conducta disminuyan, o bien, que la persona compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren.

Debido a naturaleza de la intervención y la limitación de sesiones, se plantea la exposición breve en imaginación. Básicamente se trata de que el paciente recuerde a detalle y lo más vívidamente la experiencia traumática.

Objetivos

- Presentar información sobre las ventajas y el esquema general de la técnica de exposición en imaginación.
- Repasar el entrenamiento en respiración y relajación.
- Establecer cuál será el recuerdo a abordar durante la exposición.
- Evaluar la capacidad de imaginación de la usuaria.
- Elaborar una jerarquía de la situación temida.
- Poner en práctica la exposición breve en imaginación.
- Evaluar el ejercicio de exposición.

Materiales (Ver Anexo 8)

8.1 Formato “Registro de exposición”

8.2 Formato “Valoración del estado de ánimo”

8.3 Escala de Percepción Global de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987).

8.4 Hoja de sesión.

Procedimiento

1. Rapport, revisión de tareas y resumen

- Tal y como se realiza en todas las sesiones, se establecerá el rapport por medio de una breve charla sobre algún tema neutro dejando abierta la posibilidad de escuchar alguna situación acaecida en la semana que la usuaria desee comentar.
- A continuación se hará un resumen de lo realizado en la sesión anterior, respondiendo a dudas y aclaraciones. Así mismo se realizará la revisión de las tareas asignadas, sumado a ello, el registro del estado de ánimo, se ofrece retroalimentación y se aclaran dudas respecto al contenido o dificultades que se presentaron. Se proporciona reforzamiento por los logros terapéuticos que haya efectuado.
- Posteriormente se iniciará con la presentación correspondiente de los objetivos de la sesión y las actividades a trabajar.

2. Psicoeducación

- De forma clara y breve, se explicara el objetivo de la terapia de exposición así como sus ventajas y el procedimiento en general. Se hace hincapié a que contrarresta la evitación de las situaciones que causan malestar permitiendo optimizar el procesamiento emocional y así el afrontamiento de los recuerdos y situaciones asociadas al trauma. Es importante indicar a la usuaria que se retomará el ejercicio de relajación durante los ensayos.

3. Evaluación de la capacidad de imaginación

- Se explicará al cliente el objetivo de evaluar la capacidad de imaginación y en qué consiste.
- Consecuentemente se preparará a la usuaria para la presentación de una escena diciéndole que debe adoptar una posición cómoda y que debe ejecutar la técnica de respiración. Se le indica que se le describirá una escena y debe intentar imaginarla lo más claramente posible y que se implique en la misma intentando experimentar todas las sensaciones que se vayan describiendo.
- Una vez que la usuaria esté preparada se hace la presentación de la escena; puede ser cualquiera que la psicoterapeuta elija con la condición de que la escena incluya contenido visual y alguna otra modalidad sensorial (audición, tacto, olfato, gusto, sensaciones propioceptivas e interoceptivas).
- Al término se hace la evaluación de la calidad con la que ha imaginado la escena la usuaria para ello se plantean preguntas como: ¿me puede describir con detalle todo lo que ha imaginado?, ¿qué sensaciones notó?, ¿con qué intensidad?, ¿ha imaginado otros detalles no mencionados?, ¿qué se le dificultó?. Finalmente se le pide que valore de 0 al 10 la vivacidad con que imaginó la escena.

- Presentar otra escena neutra o una ansiógena para la usuaria con el mismo procedimiento.
- Determinar si es necesario un entrenamiento en imaginación previo a los ensayos de exposición.

4. Jerarquías

- La usuaria debe enlistar las situaciones que le causen mayor temor o deseen ser trabajadas, para ello se debe considerar escenas relevantes (situaciones que la usuaria tiene que afrontar actualmente).
- Posteriormente se pide que cada escena o situación sea valorada por la mujer del 1 al 10 de acuerdo a la ansiedad percibida o malestar que genera, esto con el fin de ofrecer una pauta de orden ya que los ítems empiezan por un nivel de ansiedad bajo y van aumentando progresivamente hasta llegar al nivel de ansiedad máximo. Es recomendable elaborar inicialmente sólo una parte de la jerarquía y trabajar los ítems correspondientes; luego, se procede a construir otra parte de la jerarquía y así sucesivamente, esto dado posibles modificaciones. Durante todo el procedimiento se procura la participación activa de la usuaria.
- Describir detalladamente cada escena seleccionada para que puedan ser imaginadas clara y vívidamente, incluir personas, aspectos del ambiente, sensaciones, etc. Para esto se invitará a la mujer a narrar el recuerdo de la situación, si hay aspectos que falten la psicoterapeuta preguntará y simultáneamente escribirá los elementos principales para realizar los ejercicios de exposición.

5. Exposición en imaginación

- Se pide a la usuaria que se siente cómodamente y que se relaje. Se le indicará que si experimenta ansiedad durante la visualización (si la ansiedad que percibe es mayor a 25 en una escala del 0 al 100), debe: a) levantar un dedo índice y mantenerlo así hasta que la ansiedad disminuya, b) seguir imaginando la escena, y c) aplicar alguna de las estrategias de afrontamiento vistas (respiración o reestructuración).
- Se procederá a narrar la primera escena describiendo todos los elementos posibles.
- Si la mujer indica ansiedad, se le recuerda que debe seguir visualizando la escena e intentar manejar la ansiedad mediante la aplicación de alguna estrategia de afrontamiento.
- Cuando indique que ya no siente ansiedad (bajando el dedo) se continúa la visualización durante otros 60 segundos. Cada visualización debe durar como máximo 10 minutos.

- Se procederá a evaluar algunos aspectos como: claridad de la imagen, nivel de ansiedad al inicio, estrategias de afrontamiento utilizadas y nivel de ansiedad después de emplear las estrategias. Asimismo, se comentan las dificultades encontradas y la forma de mejorar las habilidades para afrontar la ansiedad, todo lo anterior será escrito en el formato “Registro de exposición”. Luego, se vuelve a presentar la escena.
- El criterio establecido para pasar al siguiente ítem de la jerarquía es lograr dos visualizaciones consecutivas de 60 segundos en las cuales la usuaria no haya señalado ansiedad, la ansiedad sea menor a 20 en una escala del 0 al 100 o haya sido capaz de afrontarla con rapidez (10-15 segundos). Si el criterio no se ha conseguido tras cinco visualizaciones, se busca un paso intermedio menos difícil.

6. Evaluación de la sesión

- Se le pide a la usuaria que responda la *Escala de Percepción Global de cambio*. Para ello se le hará entrega del cuestionario y se ofrecen las instrucciones correspondientes.

7. Cierre

- Reforzar desempeño en sesión.
- Se elabora un resumen de la sesión resaltando los puntos más importantes.
- Se indica que practique en casa la imaginación del ítem superado y que preste atención a las sensaciones físicas que presenta, emociones y sus pensamientos. Se hace entrega del formato de valoración del estado de ánimo.
- Se acuerda día y hora de la próxima cita.
- Despedida invitando a regresar.
- Llenado de hoja de sesión.

Cierre

Objetivos

- Finalizar el programa de intervención.
- Ofrecer reforzamiento por los logros terapéuticos alcanzados.
- Evaluar sintomatología asociada el evento (Pos).
- Conocer la satisfacción de la usuaria respecto al seguimiento psicológico.

Materiales (Ver anexo 9)

9.1 Encuesta de Satisfacción de seguimiento psicológico del Instituto naucalpense de la mujer.

9.2 Formato de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI.

Procedimiento

- Se hace un resumen general del proceso terapéutico reconociendo los logros de la usuaria, acentuando fortalezas y se recapitulan las estrategias implementadas para enfrentar los efectos de la situación de violencia así como las habilidades desarrolladas para mejorar su bienestar.
- Se harán comentarios sobre la importancia de lo aprendido y sobre el trabajo en equipo que se realizó en el proceso terapéutico. Se le preguntará a la usuaria qué fue lo que aprendió y le agradó del proceso psicológico.
- Se habla respecto a la etapa de mantenimiento y recaída.
- Se piden comentarios o sugerencias respecto al servicio psicológico, de la actitud y desempeño de la psicoterapeuta.
- Se procede a aplicar MINI con los apartados correspondientes.
- Se hace entrega de la encuesta de satisfacción de seguimiento psicológico del Instituto naucalpense de la mujer.
- Despedida.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo es resultado de la búsqueda y revisión de diversos manuales de intervención, de tal forma que, nos hemos dado a la tarea de seleccionar y compilar estrategias que mejor se adecúen a las posibles consecuencias psicológicas desarrolladas a raíz de la violencia.

Si bien, este manual tiene la finalidad de operar como guía de atención a personas en situación de violencia, es primordial especificar que, de acuerdo con los resultados obtenidos de la entrevista, las sesiones aquí planteadas pueden sufrir adecuaciones, es decir, dependiendo de la situación problema se enfocará más o menos en una técnica de intervención.

Por otro lado, se ha decidido elaborar un manual para las usuarias, en el cual se pueden encontrar los formatos de registro de tareas, la información proporcionada en la parte psicoeducativa y demás instrumentos con el fin de facilitar el trabajo en sesión y paralelamente que puedan fungir como pruebas de la intervención y de los resultados del programa de actuación. Dicho manual de la usuaria, es la parte que se adjunta enseguida como anexos.

A

Z

EE

X

O


S

1. ANEXOS SESIÓN CONTENCIÓN Y VALORACIÓN

1.1 GUÍA DE ENTREVISTA DE VALORACIÓN

- ¿Cuál es el motivo por el que decidió venir?
- ¿Desde cuándo empezó el problema?
- ¿Cuándo y cómo fue la última vez que ocurrió?
- ¿Qué tan significativo resulta esta situación para usted?
- ¿A usted qué le gustaría hacer?
- ¿Qué es lo que le gustaría tratar durante el seguimiento psicológico?
- ¿En que considera que podemos ayudarle para lograr este objetivo?
- ¿Está dispuesta a comprometerte para mejorar esta situación?

1.2 HOJA DE ASESORÍA DEL INSTITUTO NAUCALPENSE DE LA MUJER



**INSTITUTO NAUCALPENSE
DE LA MUJER**

Asesoría

Registro de Atención Individual

Fecha _____

Jurídica

Psicológica

EUV

Foto

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
(Hombre) (Mujer)	Edad	Estado Civil	Grado de Estudios
Calle	No Ext / Int	Colonia	
Municipio	C.P.	Teléfono Celular	Teléfono Casa

Número de Hijas/os _____ Número de personas que viven en su domicilio _____ Lugar donde habita _____

Casa () Departamento () Otra _____
 Propia () Renta () Familiar ()

Quiénes contribuyen al gasto familiar? _____
 Cómo se enteró del IMN? _____

Problemática			
Violencia Física ()	Trastornos Emocionales ()	Divorcio ()	
Violencia Psicológica ()	Duelos ()	Pensión Alimenticia ()	
Violencia Sexual ()	Conducta Hija(s) ()	Guarda y Custodia ()	
Violencia Patrimonial ()	Relaciones de Pareja ()	Otro ()	
Afiliaciones ()	Relaciones Familiares ()	¿Cuál? _____	

Tipo de Atención

1. Se brindo Contención ()
2. Se programo cita para seguimiento psicológico ()
3. Se Canalizo a otras Instituciones (nombre de la institución) ()
4. Se derivó a Talleres del INM ()
5. Se derivó a servicios de otros Departamentos del INM ()

Fecha y Hora _____
 ¿Cuál? _____
 ¿Cuál? _____
 ¿Cuál? _____

Hechos y motivo de atención _____

Frecuencia de los hechos _____
 Edad aprox. agresor _____ ¿El agresor es Serv. Público? _____

Firma del Solicitante	Atendido
-----------------------	----------

Autorizo la utilización de mis datos para alimentar la plataforma del Banco de Datos e Información del Estado de México, sobre casos de violencia contra las mujeres

SI AUTORIZO _____

Figura 1. Hoja de asesoría .Instituto Naucalpense de la mujer

2. ANEXOS SESIÓN DE ENTREVISTA

2.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL INSTITUTO NAUCALPENSE DE LA MUJER

NAUCALPAN
CIUDAD CON VIDA
2010-2018

**INSTITUTO NAUCALPENSE
DE LA MUJER**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

"2016 año del Centenario de la Instalación del Congreso Constituyente"

Naucalpan de Juárez a 24 agosto 2017.
SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO
Fecha de Inicio: 31 agosto 2017

Estimada, .

A nombre del Presidente Municipal Lic. Edgar Olivera Higuera reciba un cordial saludo, así como de la M.A.P Adriana de Lourdes Hinojosa Céspedes, Directora Del Instituto Naucalpense de la Mujer, quien se pone a sus órdenes.

El Instituto Naucalpense de la Mujer tiene como objetivo trabajar en pro de la eliminación de la discriminación y la violencia en contra de las mujeres y las niñas; el empoderamiento y la inclusión de la mujer; y al logro de la igualdad entre las mujeres y los hombres; transformando su realidad y la de sus familias.

Para dicho efecto pone a su disposición un **espacio de atención y seguimiento psicológico**, donde le damos la más cordial bienvenida. Este es un lugar donde podrás expresarte de manera segura, privada y confidencial. El seguimiento consta de **10 sesiones** SEMANALES; mismas que se desarrollan a lo largo de una hora y son impartidas por Psicólogas profesionales, comprometidas y voluntarias, por lo que te pedimos seas muy respetuoso de su tiempo.

Por ello te hacemos las siguientes recomendaciones:

- 1.- El seguimiento psicológico es **GRATUITO**, por lo que nadie puede pedir una compensación económica por el mismo.
2. Asiste a la sesión **5 minutos** antes de la hora citada, le esperamos en las oficinas del Instituto Naucalpense de la Mujer. Dentro del Palacio Municipal, frente al reloj checador.
- 3 - Si requiere cancelar la sesión, debe hacerlo con **24 horas** de anticipación, de lo contrario se le tomará como una **inasistencia**. De igual forma, si por parte de la terapeuta existiera una cancelación, se le avisará con **24 horas** de anticipación y se repondrá la misma.
- 4.- El espacio asignado será respetado a lo largo de 10 sesiones a menos que; se acumulen **dos inasistencias sin avisar**. En caso de que la asistencia sea irregular, se valorará su continuidad con la Psicóloga.
- 5.- No podrá haber cambio de usuario una vez iniciado el seguimiento psicológico.

Nota: Se le informa que el seguimiento psicológico que va a iniciar, no se involucra en procedimientos legales.

Acepto iniciar el seguimiento psicológico y me comprometo conmigo, con la Psicóloga y el Departamento a cumplir con lo anterior. _____

Teléfonos de Emergencia:
Línea sin violencia: 01 800 00 6262 25726
(Naucalpan)
Emergencias Naucalpan: 53 71 22 50

ATENTAMENTE

LIC. ESTEFANIA HEREDIA MARTINEZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Figura 2.Consentimiento informado. Instituto Naucalpense de la mujer.

2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Elaboración propia)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la usuaria: _____

Fecha: ____/____/____

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados y que ha recibido información suficiente respecto al tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

- 1.- Las terapeutas determinarán, la frecuencia y número de sesiones de atención. El tratamiento se llevará a cabo con una determinada periodicidad indicada por el profesional tratante, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
- 2.- Por la presente deja constancia que ha sido informada de las características técnicas del enfoque a aplicar y que han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
- 3.- El tratamiento podrá ser interrumpido en el momento en que lo considere oportuno, informando de esta decisión al profesional tratante.
- 4.- Se garantiza la confidencialidad respecto a la información recibida cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión. Este apartado incluye el posible uso de datos con fines educativos, de investigación y su respectiva publicación, respetando los lineamientos de confidencialidad.
- 5.- Se responsabiliza a seguir las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante le imparta, asistir puntualmente y participar en las sesiones. Si no puede asistir a una cita, favor de cancelarla, al menos con 24 horas de antelación.

Nombre y firma de la psicoterapeuta

Nombre y firma de la usuaria

2.3 GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (Adaptación de la versión de Echeburúa y De Corral, 2002)

- 1) Edad
Al iniciar la relación _____
Al iniciar la convivencia _____
- 2) Religión
- 3) ¿Tiene problemas de salud importantes?
- 4) Consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y algún medicamento
- 5) ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico?
- 6) ¿Le han diagnosticado algún trastorno psicológico anteriormente? En caso afirmativo, ¿De qué tipo?
- 7) ¿Ha recibido tratamiento psicológico? En caso afirmativo, ¿De qué tipo?
- 8) ¿Cómo calificaría su relación con los demás?
- 9) Personas cercanas o con quien considere contar.
- 10) Describa la situación por la que ha venido
- 11) ¿Cuándo comenzó a ser un problema para usted?
- 12) ¿Cómo afecta esta situación en su vida?
- 13) ¿Cómo afecta esto a las personas cercanas a usted?
- 14) Actos cometidos

Personales:

- Insultos y amenazas _____
Humillación y desvalorización _____
Puñetazos _____
Patadas _____
Bofetadas _____
Modiscos _____
Estrangulamientos _____
Empujones _____
Fracturas _____
Agresiones sexuales _____

Retención en el hogar _____

Penurias económicas _____

Otros _____

Contra los bienes:

15) El primer incidente:

16) Un incidente típico:

17) El incidente más grave:

18) El último incidente:

19) Evento que le hizo venir

20) ¿El problema ha sido igual, ha mejorado o empeorado?

21) Frecuencia

22) ¿Ha podido percatarse en qué contexto aparece? (lugar, hora, día, con qué personas)

23) ¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?

24) ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro? En caso afirmativo, ¿Cuándo?

25) ¿Qué ha hecho usted para resolver la situación?

26) ¿Qué resultados ha obtenido?

27) ¿Qué espera del servicio psicológico? / ¿Cómo desea ser ayudada?

28) ¿Qué desea mejorar?

2.4 GUÍA DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL (Miller & Rollnick, 1990)

- ¿De qué manera ésta situación es un problema para usted?
- ¿Qué cosas le hacen pensar que esto es un problema?
- ¿Para alguien más representa un problema?
- ¿De qué manera otras personas han sido afectadas por esta situación?
- Si tuviéramos una escala del 1 al 10, donde 1 es nada preocupado y 10 es muy preocupado: ¿Qué tan preocupado está por ésta situación?
- ¿Qué es lo que le preocupa?
- ¿Qué le hace pensar que ha llegado el momento de cambiar?
- ¿Cuáles son las desventajas de cambiar?
- ¿Cuáles son las desventajas de seguir igual? ¿Qué impacto tendría?
- Si las cosas no cambian, ¿Cuál es el peor escenario?
- Imagínese que logra cambiar, ¿Qué vendría de bueno para usted?
- ¿Qué pasarías si usted mejora?
- ¿Qué tan capaz se siente?
- ¿Cree que hay alguien que le puede ayudar?
- ¿Qué tendría que cambiar para elevar su nivel de optimismo?

2.5 ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL, MINI (2000)

Episodio Depresivo Mayor

- | | | | |
|--|---|----|----|
| 1 | ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? | No | Sí |
| 2 | ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o a disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? | No | Sí |
| <i>En las últimas 2 semanas cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</i> | | | |
| 3 | a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p.ej., variaciones en el último mes de + 5% de su peso corporal o +8 libras o +3,5 kg para una persona de 160 libras/70 kg)? | No | Sí |
| 4 | b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? | No | Sí |
| 5 | c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? | No | Sí |
| 6 | d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? | No | Sí |
| 7 | e ¿Casi todos los días se sentía culpable o inútil? | No | Sí |
| 8 | f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? | No | Sí |
| 9 | g ¿En varias ocasiones, deseo hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? | No | Sí |
| 10 | a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? | No | Sí |
| 11 | b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos? | No | Sí |

Riesgo de Suicidio

Durante este último mes:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 1 | ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? | No | Sí |
|---|--|----|----|

- | | | | |
|---|-------------------------------|----|----|
| 2 | ¿Ha querido hacerse daño? | No | Sí |
| 3 | ¿Ha pensado en el suicidio? | No | Sí |
| 4 | ¿Ha planeado como suicidarse? | No | Sí |
| 5 | ¿Ha intentado suicidarse? | No | Sí |

A lo largo de su vida:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|----|----|
| 6 | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | No | Sí |
|---|--------------------------------------|----|----|

Estado por estrés postraumático

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 1 | ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?
EJEMPLO DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL. | No | Sí |
|---|--|----|----|

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 2 | ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p.eje., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)? | No | Sí |
|---|--|----|----|

En el último mes:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 3 | a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? | No | Sí |
|---|--|----|----|

- | | | | |
|---|---|----|----|
| 4 | b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? | No | Sí |
|---|---|----|----|

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 5 | c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? | No | Sí |
|---|--|----|----|

- | | | | |
|---|---|----|----|
| 6 | d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? | No | Sí |
|---|---|----|----|

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 7 | e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? | No | Sí |
|---|--|----|----|

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 8 | f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? | No | Sí |
|---|--|----|----|

Durante el último mes:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 9 | a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? | No | Sí |
|---|--|----|----|

- | | | | | |
|----|---|--|----|----|
| 10 | b | ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? | No | Sí |
| 11 | c | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? | No | Sí |
| 12 | d | ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? | No | Sí |
| 13 | e | ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? | No | Sí |
| 14 | | ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad? | No | Sí |

Ansiedad generalizada

- | | | | | |
|---|---|---|----|----|
| 1 | a | ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos seis meses? | No | Sí |
| 2 | b | ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? | No | Sí |
| 3 | | ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? | No | Sí |

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

- | | | | | |
|---|---|---|----|----|
| 4 | a | ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? | No | Sí |
| 5 | b | ¿Se sentía tenso? | No | Sí |
| 6 | c | ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? | No | Sí |
| 7 | d | ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? | No | Sí |
| 8 | e | ¿Se sentía irritable? | No | Sí |
| 9 | f | ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? | No | Sí |

2.6 INFOGRAFÍA “SÍ, LA VIOLENCIA TIENE CICLO”

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____



Figura 3. Sí, la violencia tiene ciclo. Elaboración propia.

2.7 HOJA DE SESIÓN
Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:
Nombre de la Psicoterapeuta:
Fecha:
Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

3. ANEXOS SESIÓN DE RELAJACIÓN

3.1 FORMATO DE PLAN DE TRABAJO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

The worksheet is titled "Mi plan de sesiones" in a cursive font. It features a yellow background with a striped border at the top and bottom. On the left side, there is an icon of a person standing next to a board with three checkboxes. The main area contains a grid of 10 empty, rounded rectangular boxes arranged in two columns of five. At the bottom center, there is a small icon of a calendar.

Figura 4. Mi plan de sesiones. Elaboración propia.

3.2 INFOGRAFÍA “ASPECTOS PARA RECORDAR”

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Mis ejercicios

Aspectos para recordar...

RESPIRACIÓN

1. Asegúrate de estar en una posición cómoda.
2. Si lo quieres, cierra los ojos. Intenta respirar por la nariz.
3. Inspira contando hasta 3 o 4, haz una pausa un momento, entonces expira contando de nuevo.
4. Asegúrate de que tu respiración sea suave, regular y continua.

(“Inspiro... dos... tres... cuatro... pausa... Expiro... dos... tres ... cuatro... pausa...”)

RELAJACIÓN

Recuéstate en una cama firme, un sofá o en el piso.

Recuerda que se trata de enfocar tu atención en diferentes partes de tu cuerpo y de **TENSAR Y LIBERAR** los músculos.

Secuencia recomendada:

- 1 Mano y brazo derecho
- 2 Mano y brazo izquierdo
- 3 Pierna derecha
- 4 Pierna izquierda
- 5 Estómago y pecho
- 6 Músculos de la espalda
- 7 Cuello y garganta
- 8 Cara

Figura 5. Aspectos para recordar. Elaboración propia.

3.3 GUÍA DE EJERCICIO DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN PROGRESIVA

1. Ejercicio de respiración.

Instrucciones:

- 1.- Siéntese o colóquese en una posición cómoda. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta, también, puede cerrar los ojos si le parece cómodo.
- 2.- Coloque una mano sobre abdomen y otra sobre el tórax.
- 4.- Tome aire, lenta y profundamente por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen, levantando la mano que había colocado. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen. Esto se debe a que la respiración relajada se localiza abajo y no arriba en el pecho, por ello debe intentar mantener la parte de arriba de la mano inmóvil y su respiración debe mover sólo la mano de abajo.
- 5.- Haga que su respiración se haga más lenta. Una regla básica, aunque no obligatoria, es inspirar contando hasta 4, hacer una pausa un momento y después espirar contando hasta cuatro. (Adecuar al usuario)
- 6.- Fíjese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.

Es importante recalcar que se debe inhalar aire por la nariz y sacarlo por la boca, haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Se podrá verificar que el ejercicio está siendo ejecutado correctamente al elevar y descender el abdomen. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezar. Repita el ejercicio.

2. Relajación progresiva.

Se comunicarán las tres secuencias básicas:

- 1) Tensar y liberar: Tensar alguna parte del cuerpo por algunos segundos, luego relajarla.
 - 2) Tensar ligeramente y liberar: Tensar parte del cuerpo con suficiente tensión para darse cuenta y luego relajarla.
 - 3) Solamente liberar: Sólo prestar atención a cada grupo de músculos y decidir relajarlos.
- Para cada grupo de músculos, la tensión durará de 7 a 10 segundos según se considere, la distensión será inmediata, y después se darán otros 10 segundos.

Instrucciones:

- Cierre los ojos y póngase en una posición cómoda.
- Ahora cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte. Sienta la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y el brazo. Ahora relájese. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárela con la tensión que sentía hace unos segundos. Repita de nuevo el proceso con la mano izquierda y por último hágalo con las dos manos a la vez.
- Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y atiende a la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia.
- Tense las nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando los talones hacia abajo tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia. Flexione los dedos de los pies para que se tensen las pantorrillas; perciba la tensión que se produce. Relájese. Ahora extienda con fuerza los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese.

- Ahora, tense el estómago y manténgalo. Note la tensión y luego relájese. Ahora coloque una mano en esta región, seguido, respire profundamente apretando la mano contra la pared del estómago, seguido, aguante y relájese. Persiga la diferencia que se produce al soltar el aire.
- Procurando no lastimarse, ahora, arquee la espalda. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda, ahora relájese más y más profundamente.
- Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza quede hundida entre ella. Relájelos seguido, ahora bájelo y sienta cómo la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros.
- Sin hacerse daño, desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda. Sienta la tensión que aparece en su cuello. Gírela hacia la derecha y fíjese en que sea desplazado el foco de atención. Gírela ahora hacia la izquierda. Enderece la cabeza y muévala ahora hacia delante apretando la barbilla contra el pecho. Sienta la tensión en la nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural.
- Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente como pueda. Ahora relájese y desarrúguela. Imagine como toda la piel de su frente y de su cabeza entera se han ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento en el que se ha sentido relajado.
- Frunza el entrecejo e intente sentir como las venas se extienden por la frente, relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa.
- Ahora cierre los ojos y apriételes fuertemente. Sienta la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente.
- Ahora, cierre la mandíbula apretando con fuerza, note la tensión que se produce en toda la zona, relájela. Una vez relajada notará que los labios están ligeramente separados, aprecie el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación.
- Ahora, apriete la lengua contra el techo de la boca. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese.
- Apriete los labios haciendo una O, relájelos, sienta cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios en este momento, relajados.
- De a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire los pulmones. Sostenga la respiración. Sienta la tensión que se produce. Ahora espire haciendo que el tórax se deshinche y relaje dejando que el aire vaya saliendo poco a poco. Continúe relajándose haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable.

3.4 AUTORREGISTRO DE EJERCICIO DE RELAJACIÓN

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Fecha	Hora de inicio	Hora de fin	Situación	Nivel de ansiedad (0-100) Antes	Nivel de ansiedad (0-100) Después

Figura 6. Autorregistro de ejercicio de relajación. Elaboración propia.

3.5 VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Día de la semana	¿Cómo me sentí?				¿Qué tanto?									
Lunes														
Martes														
Miércoles														
Jueves														
Viernes														
Sábado														
Domingo														



Figura 7. Autorregistro de estado de ánimo. Elaboración propia.

3.6 ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DEL CAMBIO (Echeburúa y Corral, 1987)

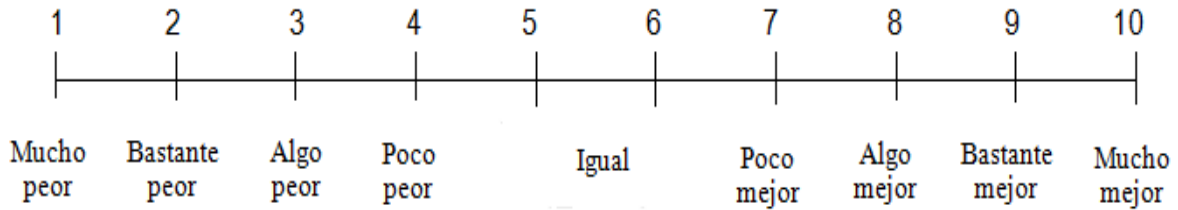
Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Encierre con un círculo la opción que mejor indique cómo se siente en general desde el último encuentro con la psicoterapeuta.



“GRACIAS”

3.7 HOJA DE SESIÓN

Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:

Nombre de la Psicoterapeuta:

Fecha:

Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

4. ANEXOS SESIÓN DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

4.1 ESTILOS INEFICACES DE PENSAMIENTO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____



Figura 8. Estilos ineficaces de pensamiento. Elaboración propia.

4.2 REGISTRO DE PENSAMIENTOS

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

1. Lista de pensamientos o ideas

2. Tabla

Situación (qué, cómo, cuándo, dónde, con quién)	Pensamiento irracional	Tipo de pensamiento ineficaz	Pensamiento racional alternativo

Tabla 1. Registro de pensamientos. Elaboración propia.

4.3 FORMATO DE REGISTRO ABC

Nombre de la usuaria: _____
Nombre de la psicóloga: _____
Nombre y número de la sesión: _____
Fecha: _____


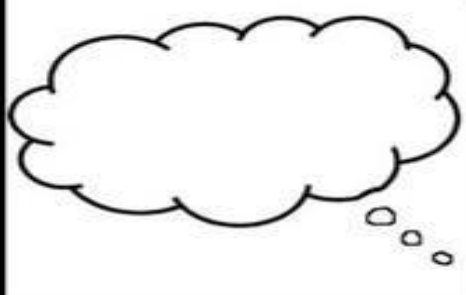
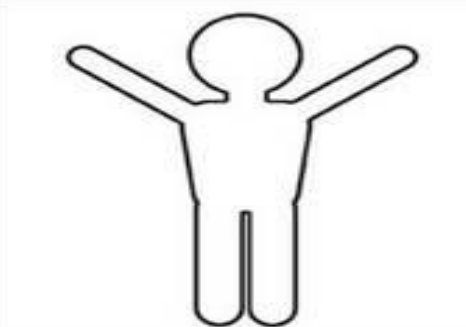

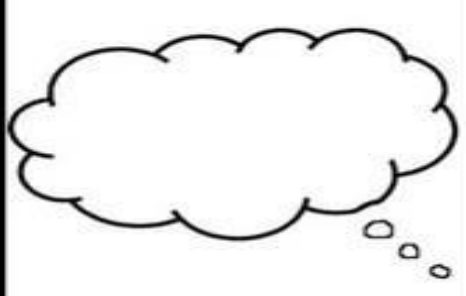
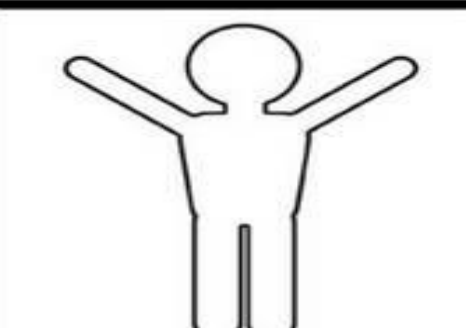
A	B	C
		
		

Figura 9. Registro ABC. Adaptación de Seligman (2007).

4.4 VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Día de la semana	¿Cómo me sentí?				¿Qué tanto?
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Figura 10. Autorregistro de estado de ánimo. Elaboración propia


4.5 GUÍA DE PREGUNTAS

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Guía de preguntas 

¿Qué evidencia tiene para pensar que es verdad?

¿Qué puede aprender de esta experiencia?

¿Qué es lo peor que puede pasar?

¿Cuál es el mejor escenario?

¿Qué tiene que perder si sigue pensando así?

¿Qué tiene que ganar si sigue pensando así?

¿Cuál es la lógica?

¿De qué otra forma puede ver esta situación?

Y si sucede ¿Qué con ello?


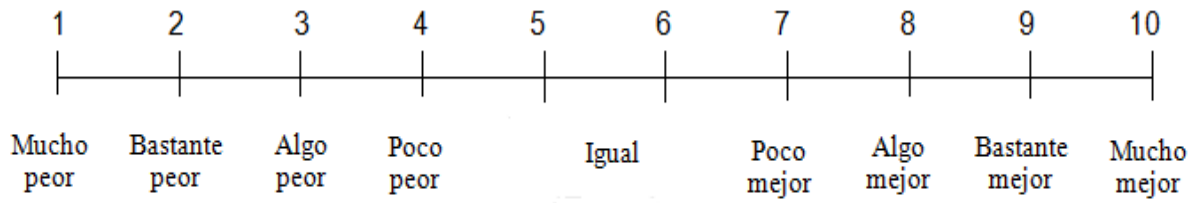


Figura 11. Guía de preguntas. Elaboración propia.

4.6 ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DEL CAMBIO (Echeburúa y Corral, 1987)

Nombre de la usuaria: _____
Nombre de la psicóloga: _____
Nombre y número de la sesión: _____
Fecha: _____

Instrucciones: Encierre con un círculo la opción que mejor indique cómo se siente en general desde el último encuentro con la psicoterapeuta.



“GRACIAS”

4.7 HOJA DE SESIÓN
Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:

Nombre de la Psicoterapeuta:

Fecha:

Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

5. ANEXOS SESIÓN ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

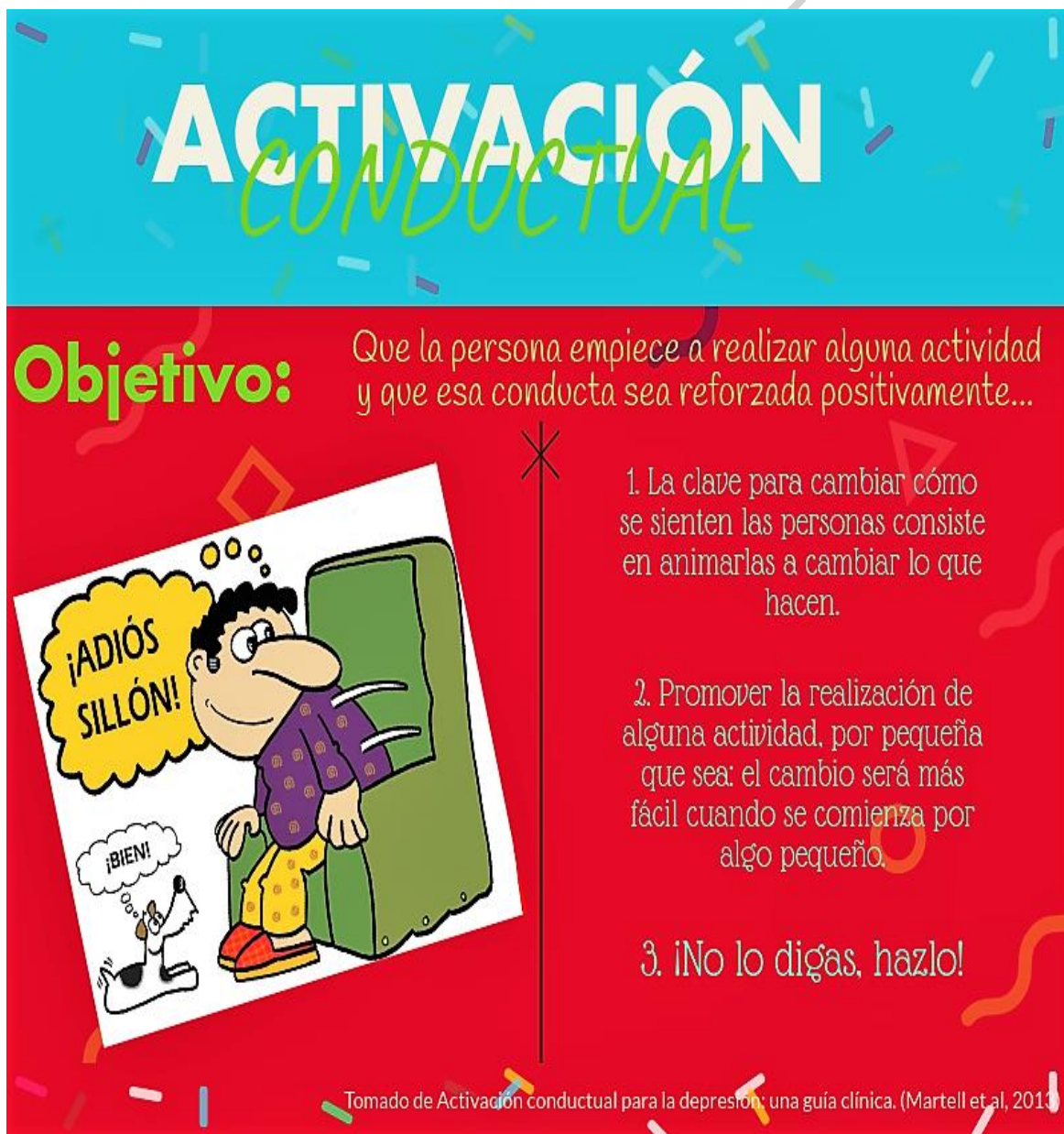
5.1 INFOGRAFÍA “ACTIVACIÓN CONDUCTUAL”

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____



ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Objetivo: Que la persona empiece a realizar alguna actividad y que esa conducta sea reforzada positivamente...

1. La clave para cambiar cómo se sienten las personas consiste en animarlas a cambiar lo que hacen.

2. Promover la realización de alguna actividad, por pequeña que sea: el cambio será más fácil cuando se comienza por algo pequeño.

3. ¡No lo digas, hazlo!

Tomado de Activación conductual para la depresión: una guía clínica. (Martell et al, 2011)

The infographic features a blue top section with the title 'ACTIVACIÓN CONDUCTUAL' in white and green. Below is a red section with the objective and three key points. A cartoon illustration shows a man sitting in a green chair, saying '¡ADIÓS SILLÓN!' (Goodbye chair!), while a dog says '¡BIEN!' (Well!). The background is decorated with colorful confetti.

Figura 12. Activación conductual. Martell (2013).

5.2 TABLA DE ACTIVIDADES DE LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL: ACTIVIDADES PLANEADAS

(Martell, Dimidjian, y Herman-Dunn, 2013).

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

(Indica día de la semana/ fecha)

Instrucciones: Anota en la columna “Actividad” las actividades concretas que tu terapeuta y tú acordaron que realizarías. Marca con una paloma en la columna “completada” si terminaste la actividad programada. Anota una valoración del estado anímico en la columna de la derecha; en una escala entre 1 y 10, donde 1 es “nada deprimido” y 10 “Muy gravemente deprimido”.

Hora	Actividad	Completada	Valoración del estado anímico
5:00 – 7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00 – 5:00			

Tabla 2. Actividades de la activación conductual. (Martell, Dimidjian, y Herman-Dunn, 2013).

5.3 LISTADO DE ACTIVIDADES AGRADABLES.

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Tareas domésticas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hacer compras para la casa. ❖ Organizar las cuentas y el dinero. ❖ Preparar una buena comida. ❖ Cuidar el jardín, las plantas. ❖ Redecorar la casa: pintura, cuadros, cortinas, muebles... ❖ Aprender bricolaje para mejoras de casa.
Actividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuidado personal: maquillarte, arreglarte el pelo, afeitarte ... ❖ Practicar relajación. ❖ Practicar meditación. ❖ Caminar, hacer footing. ❖ Tomar el sol. ❖ Ir o volver del trabajo caminando. ❖ Practicar artes marciales. ❖ Practicar yoga, tai-chi o chi-kung . ❖ Jugar al fútbol , al tenis, al golf. ❖ Perder peso. ❖ Pasear por el parque. ❖ Recibir o dar un masaje. ❖ Tomar una sauna. ❖ Echar la siesta.
Actividades con gente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Invitar y salir con amigos. ❖ Ayudar a alguien. ❖ Decirle cosas agradables a los demás. ❖ Conocer a gente nueva. ❖ Ir a fiestas. ❖ Hablar de mi vida: mi pareja, mis padres, mis hijos, mis nietos... ❖ Asociarte en grupos de tipo social, cultural, deportivo, político o religioso. ❖ Tener reuniones familiares. ❖ Ir de compras, de paseo... ❖ Bailar. ❖ Sonreír a la gente. ❖ Ligar, flirtear o conocer gente atractiva. ❖ Comprarle un regalo a alguien. ❖ Contactar de nuevo con gente que no veía desde hace tiempo. ❖ Jugar con los hijos. ❖ Chatear o contactar a través de Internet. ❖ Hablar por teléfono. ❖ Disculparme o pedir perdón. ❖ Practicar bailes de salón.
Actividades de ocio	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reciclar objetos o muebles. ❖ Ir al cin, a un restaurante... ❖ Escuchar música, el radio...

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Leer libros, revistas o periódicos. ❖ Arreglar o reparar el coche, la moto o la bicicleta. ❖ Ir de compras. ❖ Hacer ventas. ❖ Asistir a conferencias, cursos, talleres... ❖ Conducir el coche, la moto o la bicicleta. ❖ Viajar. ❖ Dibujar, pintar. ❖ Hacer fotos o video. ❖ Practicar informática: Internet, Diseño, Fotografía, Video, Office, etc. ❖ Hacer punto de cruz, bordar, cocer... ❖ Asistir a algún espectáculo: concierto, teatro. ❖ Ver TV. ❖ Tocar un instrumento musical. ❖ Hacer objetos de artesanía. ❖ Ir a ver museos o monumentos. ❖ Ir al salón de belleza. ❖ Tomarte un café leyendo el periódico por la mañana. ❖ Escribir un diario, cartas o correos. ❖ Jugar juegos de mesa; resolver acertijos, crucigramas o rompecabezas. ❖ Ver fotos. ❖ Comprar libros.
Pensar en	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organizar unas vacaciones. ❖ Planear nuevos proyectos de trabajo o estudios. ❖ Planear actividades gratificantes para el día. ❖ Recordar viajes, fiestas, encuentros o actividades agradables. ❖ Pensar en las cosas positivas que tienes o en hechos agradables de tu vida. ❖ Pensar en tener pareja o familia. ❖ Pensar en los momentos felices de la niñez. ❖ Pensar en las cualidades que tienes. ❖ Fantasear acerca del futuro. ❖ Pensar en hacer algo nuevo. ❖ Pensar en temas que te satisfacen espiritualmente. ❖ Pensar en cómo hacer más feliz tu vida.

Tabla 3. Adaptado de "Lista de 100 actividades agradables" (Moreno, 2007)

5.4 VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Día de la semana	¿Cómo me sentí?				¿Qué tanto?
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Figura 13. Autorregistro del estado de ánimo. Elaboración propia.

5.5 ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE CAMBIO.

(Echeburúa y Corral, 1987)

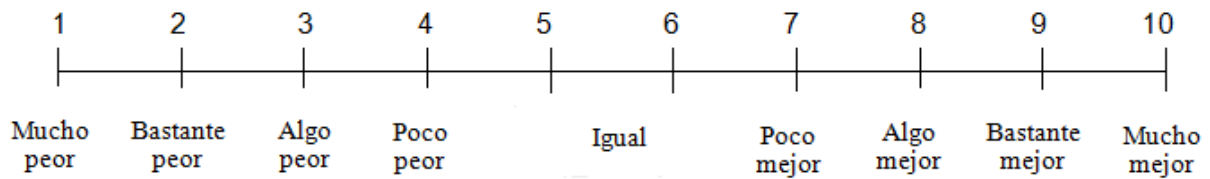
Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Encierre con un círculo la opción que mejor indique cómo se siente en general desde el último encuentro con la psicoterapeuta.



“GRACIAS”

5.6 HOJA DE SESIÓN
Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:
Nombre de la Psicoterapeuta:
Fecha:
Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

6. ANEXOS SESIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

6.1 INFOGRAFÍA “HABILIDADES SOCIALES”

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____



Figura 14. Habilidades Sociales. Adaptado de INCOSAME (2017).

6.2 INFOGRAFÍA “ESTILOS DE COMUNICACIÓN”

Nombre de la usuaria: _____
 Nombre de la psicóloga: _____
 Nombre y número de la sesión: _____
 Fecha: _____



Figura 15. Estilos de comunicación. Adaptación de INCOSAME (2017).

6.3 FORMATO DE REGISTRO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES (Caballo, 1999)

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Hora y día.	Situación	Evaluación de la ansiedad	Pensamientos	¿Qué hice?	Respuesta de los demás	Satisfacción con el resultado (1-10*). Lo que te gustaría haber hecho

* Valora la satisfacción de tu conducta (es decir, la forma en la que te has comportado) entre 1 y 10, donde 1 es “Nada satisfactorio” y 10 “Muy satisfactorio”.

Tabla 4. Registro para la evaluación de las habilidades sociales. Caballo (1999).

6.4 ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DEL CAMBIO (Echeburúa y Corral, 1987)

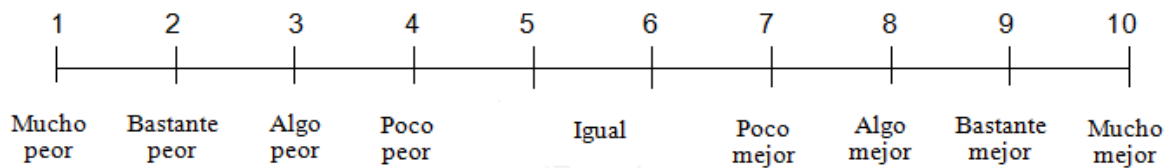
Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Encierre con un círculo la opción que mejor indique cómo se siente en general desde el último encuentro con la psicoterapeuta.



“GRACIAS”

6.5 VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Día de la semana	¿Cómo me sentí?				¿Qué tanto?
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Figura 16. Autorregistro del estado de ánimo. Elaboración propia.

6.6 HOJA DE SESIÓN
Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:
Nombre de la Psicoterapeuta:
Fecha:
Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

7. ANEXOS SESIÓN DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

7.1 INFOGRAFÍA “¿CÓMO SOLUCIONAR UN PROBLEMA?”

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____



Figura 17 ¿Cómo solucionar un problema? Elaboración propia.

7.2 TABLA DE REGISTRO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Situaciones problema	Jerarquización de las propuestas de solución	Plan de acción	Resultado

Tabla 5. Registro de solución de problemas. Elaboración propia.

7.3 VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

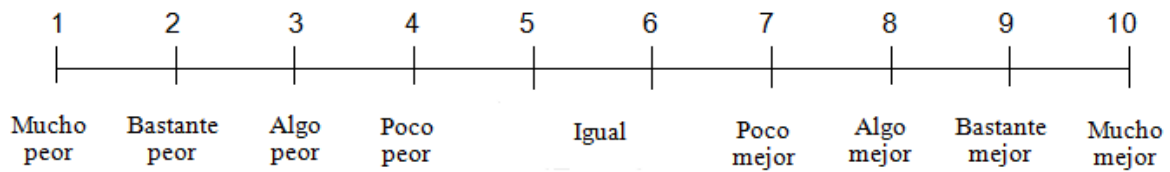
Día de la semana	¿Cómo me sentí?				¿Qué tanto?
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Figura 18. Autorregistro del estado del ánimo. Elaboración propia.

7.4 ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DE CAMBIO.
(Echeburúa y Corral, 1987)

Nombre de la usuaria: _____
Nombre de la psicóloga: _____
Nombre y número de la sesión: _____
Fecha: _____

Instrucciones: Encierre con un círculo la opción que mejor indique cómo se siente en general desde el último encuentro con la psicoterapeuta.



“GRACIAS”

7.5 HOJA DE SESIÓN
Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:
Nombre de la Psicoterapeuta:
Fecha:
Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

8. ANEXOS SESIÓN DE EXPOSICIÓN

8.1 REGISTRO DE EXPOSICIÓN

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

Escena/situación	Claridad (1-10)	Respuestas	Ansiedad inicio (0-100)	Estrategias de afrentamiento	Ansiedad, término (0-100)	Retroalimentación

Tabla 6. Formato de registro de exposición. Elaboración propia.

8.2 VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre de la usuaria: _____

Nombre de la psicóloga: _____

Nombre y número de la sesión: _____

Fecha: _____

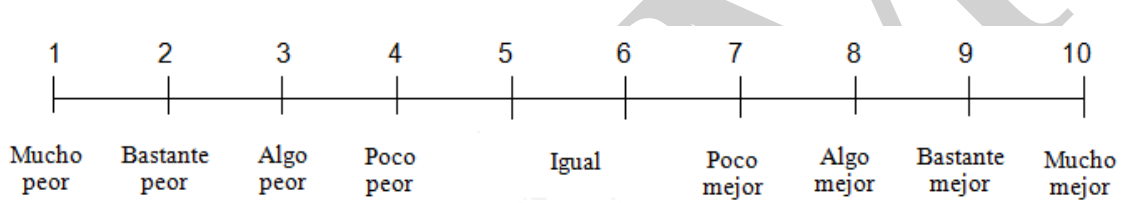
Día de la semana	¿Cómo me sentí?				¿Qué tanto?
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Figura 19. Autorregistro del estado del ánimo. Elaboración propia.

8.3 ESCALA DE PERCEPCIÓN GLOBAL DEL CAMBIO (Echeburúa y Corral, 1987)

Nombre de la usuaria: _____
Nombre de la psicóloga: _____
Nombre y número de la sesión: _____
Fecha: _____

Instrucciones: Encierre con un círculo la opción que mejor indique cómo se siente en general desde el último encuentro con la psicoterapeuta.



“GRACIAS”

8.4 HOJA DE SESIÓN

Adaptado de Beck (2000).

Nombre de la usuaria:

Nombre de la Psicoterapeuta:

Fecha:

Número y nombre de la sesión:

Objetivos:

Puntos importantes de la sesión:

Observaciones:

Tareas para el hogar:

9. ANEXOS CIERRE

9.1 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO DEL INSTITUTO NAUCALPENSE DE LA MUJER

NAUCALPAN
CIUDAD CON VIDA
2016-2018

INSTITUTO NAUCALPENSE DE LA MUJER

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO

1.- ¿Cuál era el objetivo de asistir al seguimiento psicológico?

2.- El objetivo terapéutico se cumplió:

- Sí
- No

3.-Las dinámicas realizadas, fueron:

- Muy Satisfecho
- Satisfecho
- Poco satisfecho
- Nada satisfecho

4.-La duración del seguimiento psicológico te parece:

- Muy Satisfecho
- Satisfecho
- Poco satisfecho
- Nada satisfecho

5.-La / el terapeuta propició la confianza:

- Sí
- No

6.- Consideras que pudiste expresarte libremente:

- Sí
- No
- En ocasiones

7.-Consideras que el seguimiento psicológico te ha brindado herramientas para mejorar en tu vida diaria:

- Sí
- No

8.-¿Cuáles?

9.-Cómo te sientes después de concluir el seguimiento psicológico:

- Mejor
- Igual
- Peor

9.- Cómo calificas el desempeño de la / el terapeuta:

- Muy Satisfecho
- Satisfecho
- Poco satisfecho
- Nada satisfecho

Tu opinión es muy valiosa para nosotros, déjanos tus comentarios.

Av. Juárez No. 30 - Fraccionamiento El Virrey - Naucalpan de Juárez - Estado de México - México - C.P. 520000
Tel. 5280 99 00

Figura 20. Encuesta de satisfacción de seguimiento psicológico. Instituto Naucalpense de la mujer.

9.2 ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL, MINI

Episodio Depresivo Mayor

- | | | | |
|--|---|----|----|
| 1 | ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? | No | Sí |
| 2 | ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o a disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? | No | Sí |
| <i>En las últimas 2 semanas cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</i> | | | |
| 3 | a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p.ej., variaciones en el último mes de + 5% de su peso corporal o +8 libras o +3,5 kg para una persona de 160 libras/70 kg)? | No | Sí |
| 4 | b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? | No | Sí |
| 5 | c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? | No | Sí |
| 6 | d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? | No | Sí |
| 7 | e ¿Casi todos los días se sentía culpable o inútil? | No | Sí |
| 8 | f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? | No | Sí |
| 9 | g ¿En varias ocasiones, deseo hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? | No | Sí |
| 10 | a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? | No | Sí |
| 11 | b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos? | No | Sí |

Riesgo de Suicidio

Durante este último mes:

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 1 | ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? | No | Sí |
| 2 | ¿Ha querido hacerse daño? | No | Sí |

- | | | | |
|---|--------------------------------------|----|----|
| 3 | ¿Ha pensado en el suicidio? | No | Sí |
| 4 | ¿Ha planeado como suicidarse? | No | Sí |
| 5 | ¿Ha intentado suicidarse? | No | Sí |
| | <i>A lo largo de su vida:</i> | | |
| 6 | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | No | Sí |

Estado por estrés postraumático

- | | | | |
|----|--|----|----|
| 1 | ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?
EJEMPLO DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL. | No | Sí |
| 2 | ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p.eje., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

<i>En el último mes:</i> | No | Sí |
| 3 | a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? | No | Sí |
| 4 | b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? | No | Sí |
| 5 | c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? | No | Sí |
| 6 | d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? | No | Sí |
| 7 | e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? | No | Sí |
| 8 | f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?

<i>Durante el último mes:</i> | No | Sí |
| 9 | a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? | No | Sí |
| 10 | b ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? | No | Sí |

- | | | | | |
|----|---|--|----|----|
| 11 | c | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? | No | Sí |
| 12 | d | ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? | No | Sí |
| 13 | e | ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? | No | Sí |
| 14 | | ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad? | No | Sí |

Ansiedad generalizada

- | | | | | |
|---|---|---|----|----|
| 1 | a | ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos seis meses? | No | Sí |
| 2 | b | ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? | No | Sí |
| 3 | | ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? | No | Sí |

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

- | | | | | |
|---|---|---|----|----|
| 4 | a | ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? | No | Sí |
| 5 | b | ¿Se sentía tenso? | No | Sí |
| 6 | c | ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? | No | Sí |
| 7 | d | ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? | No | Sí |
| 8 | e | ¿Se sentía irritable? | No | Sí |
| 9 | f | ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? | No | Sí |

VI. REFERENCIAS

- Bados, A. y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona*. Recuperado el 24 de Agosto de 2017, de: <http://hdl.handle.net/2445/12302>
- Bados, A. y García, E. (2011). Técnicas de exposición. *Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Barcelona*. Recuperado el 24 de Agosto de 2017, de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18403>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*, México: Gedisa
- Burns, D. (2004). *Autoestima en 10 días*. Recuperado el 31 de Agosto de 2017, de: <http://www.dandros.com.mx/books/Autoestima%20en%2010%20pasos%20-%20David%20D.%20Burns.pdf>
- Davis, M., McKay, M. y Eschelman, E., R. (2002). Relajación progresiva. En Davis, M., McKay, M. y Eschelman, E., R. *Técnicas de autocontrol emocional* (37- 44). Barcelona, España: Martínez Roca.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 26-107.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2002). *Manual de violencia familiar*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México (2017). *¿Sabes cuáles son los estilos de comunicación?*. Recuperado el 24 de Agosto de 2017 de: <http://www.facebook.com/Instituto-Cognitivo-Conductual-de-Salud-Mental-de-M%C3%A9xico-34798875293921/>
- Instituto Cognitivo Conductual de Salud Mental de México (2017). *Habilidades sociales*. Recuperado el 24 de Agosto de 2017, de: <https://www.pinterest.es/pin/740912576170084194/>
- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (2012). *Protocolo de contención emocional para el personal que atiende a mujeres víctimas de violencia*. Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3144/14.pdf>
- Labrador, F., Rincón, D., Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid, España: Pirámide.

Miller, W. y Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Madrid, España: Ediciones Paidós.

Moreno, N. (2007). *Lista de 100 actividades agradables*. [Mensaje en un blog]. Recuperado el 17 de Junio de 2017, de: http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_activateplus5.php

Ruíz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid, España: Desclée De Brouwer.

Secretaría de Salud (2010). *Atención psicológica a mujeres en situación de violencia: Lineamientos y protocolos*. CDMX: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Recuperado el 26 de Agosto de 2017, de: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PrevAtnViol/MANUAL_ATENCION_PSICOLOGICA.pdf

Seligman, M. (2007). *The Optimistic Child*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin.

Psychologytools (2017). *Respiración relajada*. Recuperado el 30 de Agosto de 2017, de: <https://psychologytools.com/relaxed-breathing.html>